



Beihilfe in Bund und Ländern

Mit einem Klinikverzeichnis

www.die-beihilfe.de

Beihilfeberechtigung

Bemessungssätze und Eigenbehalte

Beihilfefähige Aufwendungen

Mit Hinweisen zu den Landesvorschriften der Beihilfe

Bundesbeihilfeverordnung

12. Auflage



Spezialist für den Öffentlichen Dienst. **DBV**

Selbsthilfeeinrichtungen
für den öffentlichen Dienst

Beihilfe in Bund und Ländern

Mit einem Klinikverzeichnis

Stand: Juli 2011
www.die-beihilfe.de

Autoren



Thilo Hommel, (Dipl.-Verw. Wiss.) ist seit 2002 im Geschäftsbereich „Besoldung und Versorgung“ der Bundesgeschäftsstelle des dbb beamtenbund und tarifunion in Berlin tätig und laufend mit aktuellen Fragestellungen des Besoldungs-, Versorgungs- und Beihilferechts befasst.



Matthias Warnking, arbeitet als Jurist seit 2004 im Geschäftsbereich „Besoldung und Versorgung“ der Bundesgeschäftsstelle des dbb beamtenbund und tarifunion in Berlin. Dort bildet der Bereich der Alterssicherung der Beamten und die tatsächlichen und rechtlichen Fragen zum eigenständigen System der Beamtenversorgung den Schwerpunkt seiner Tätigkeit.

Hinweis: Der RatgeberService des DBW ist stets bemüht, Sie nach bestem Wissen zu informieren. Die vorliegende Ausgabe beruht auf dem Stand von Juli 2011. Für weitere Auskünfte stehen auch Vertreterinnen und Vertreter von Gewerkschaften, der zuständigen Dienststelle bzw. des Personalrats oder der Beihilfefestsetzungsstelle zur Verfügung.

Herausgeber:

Deutscher Beamtenwirtschaftsring e.V.

Ratiborweg 1

40231 Düsseldorf

E-Mail: info@dbw-online.de

Internet: www.dbw-online.de

Redaktionelle Gesamtverantwortung und Konzeption: Uwe Tillmann

Autoren: Thilo Hommel, Matthias Warnking

Gestaltung: Monika Rohmann, Dormagen

Druck: Druckerei und Verlag Peter Pomp GmbH, Bottrop

Liebe Leserinnen und Leser,

mit seinem RatgeberService ist der DBW stets bestrebt, komplizierte Sachverhalte verständlich zu erläutern. Ich hoffe, es ist uns auch beim Ratgeber „Beihilfe in Bund und Ländern“ gelungen. Beispiele und praktische Tipps sollen helfen, das Beihilferecht transparent darzustellen. Der Ratgeber kann aber nicht Einzelfälle behandeln oder individuelle Fragen klären.



Beamtinnen und Beamte müssen krankenversichert sein. Beihilfeberechtigte waren schon bisher in der Regel privat krankenversichert. Die Krankenversicherer, die sich im Deutschen Beamtenwirtschaftsring e.V. (DBW) zusammengeschlossen haben, verfügen über umfassende Kompetenz und bieten schon seit Jahrzehnten vorteilhafte Angebote und preisgünstige Tarife beim Gesundheitsschutz. Unter www.selbsthilfeeinrichtungen.de können Sie weitere Infos über die Krankenversicherer im DBW anfordern und konkrete Angebote einholen.

In diesem Ratgeber wird die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) erläutert. Obwohl es inzwischen in vielen Ländern eigenständige Beihilfeverordnungen gibt, orientiert sich deren Inhalt im Wesentlichen an den Bundesvorschriften. Vom Bund abweichende Regelungen haben wir im Kapitel „Beihilfeleistungen in den Ländern“ zusammengefasst. Deshalb nützt der Ratgeber allen Beihilfeberechtigten.

Die Vorschriften zur Beihilfe im Bund und in den Ländern ändern sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten, manchmal sogar mehrmals im Jahr. Damit Sie, liebe Leserinnen und Leser, über diese Entwicklungen auf dem Laufenden bleiben können, haben wir unter www.die-beihilfe.de ein umfassendes Informationsangebot eingerichtet. Wir freuen uns auf Ihren Besuch im Internet.

Unser besonderer Dank gilt den Herren Thilo Hommel und Matthias Warnking, die diese Auflage grundlegend überarbeitet und ihr Fachwissen zur Beihilfe eingebracht haben.

Trotz aller Sorgfalt, um die wir uns bemüht haben, sind Fehler nicht ganz auszuschließen. Sollten Sie Mängel entdecken oder aber Änderungen bzw. Ergänzungen vorzuschlagen haben, schreiben Sie uns. Ihre Mithilfe wird belohnt: Alle Einsender von Vorschlägen, die wir bei einer Neuauflage des Beihilferatgebers verwenden, erhalten kostenlos und unaufgefordert die nächstfolgende Ausgabe des Ratgebers „Rund ums Geld im öffentlichen Dienst“.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Uwe Tillmann'. The signature is fluid and cursive, with a large, stylized initial 'U'.

Uwe Tillmann
Geschäftsführer



Tipp



Hinweis



Wortlaut



Checkliste



Zitat



Urteile

Sonderregelung für die Bereiche



Telekom



Polizei



Post



Lehrer



Postbank



Bahn

Kurzübersicht

Einleitung

Gesetzliche Krankenversicherung

Gesetzliche Pflegeversicherung

Private Krankenversicherung

Die Bundesbeihilfeverordnung

Rehabilitation und Kurorte

Beihilfeleistungen in den Ländern

Rechtsvorschriften

Klinikverzeichnis

Stichwortverzeichnis

Einleitung

- 1 ---- Gesundheitsversicherung, Pflege und Beihilfe
- 2 ---- Heilfürsorge

Gesetzliche Krankenversicherung

- 3 ---- Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- 7 ---- Versicherungsschutz für alle
- 8 ---- Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 9 ---- Gesundheitsfonds – Zuweisung o.ä.

Gesetzliche Pflegeversicherung

- 17 ---- Pflegeversicherung als Zweig der Sozialversicherung
- 19 ---- Pflegebedürftigkeit

Private Krankenversicherung

- 23 ---- Die private Krankenversicherung (PKV)
- 24 ---- Wartezeiten in der privaten Krankenversicherung
- 26 ---- Basistarif in der privaten Krankenversicherung

Die Bundesbeihilfeverordnung

- 29 ---- Das Beihilferecht des Bundes
- 30 ---- Beihilfeberechtigung – § 2 BBhV
- 32 ---- Bemessungssätze – § 46 BBhV
- 34 ---- Beihilfeantrag – § 51 BBhV
- 35 ---- Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
- 37 ---- Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)
- 50 ---- Dienstunfähigkeitsbescheinigung
- 50 ---- Anrechnung von Leistungen
- 50 ---- Nicht beihilfefähige Aufwendungen – § 8 BBhV
- 51 ---- Eigenbehalte und Belastungsgrenzen
– §§ 49 und 50 BBhV

- 53 ---- Aufwendungen bei Krankheit
- 61 ---- Checkliste: Krankenhausaufenthalt
- 63 ---- Zahnärztliche Leistungen – §§ 14ff. BBhV
- 64 ---- Vorsorge – bzw. Früherkennungsmaßnahmen
– § 41 BBhV
- 65 ---- Aufwendungen bei Geburten
- 65 ---- Beihilfe im Ausland – § 11 BBhV
- 65 ---- Beihilfe nach dem Tod des Beihilfeberechtigten
- 66 ---- Rehabilitation
- 74 ---- Dauernde Pflegebedürftigkeit §§ 37 BBhV ff.

Rehabilitation und Kurorte

- 83 ---- Rehabilitation und Kurorte gemäß Kurorteverzeichnis
- 88 ---- Nicht beihilfefähige Aufwendungen einer Heilkur
- 94 ---- Checkliste: Heilkuren
- 98 ---- Kurorteverzeichnis Inland
- 144 ---- Informationen zur medizinischen Rehabilitation und
Anschlussheilbehandlung
- 150 ---- Aufwendungen die außerhalb der Bundesrepublik
Deutschland und der Europäischen Union
entstanden sind
- 162 ---- Kliniken außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
- 163 ---- Kurorteverzeichnis Ausland

Beihilfeleistungen in den Ländern

- 165 ---- Beihilferegulungen in den Ländern
- 166 ---- Baden-Württemberg
- 172 ---- Bayern
- 174 ---- Berlin
- 175 ---- Brandenburg
- 175 ---- Bremen
- 178 ---- Hamburg
- 181 ---- Hessen
- 186 ---- Mecklenburg-Vorpommern
- 187 ---- Niedersachsen
- 187 ---- Nordrhein-Westfalen
- 197 ---- Rheinland-Pfalz
- 200 ---- Saarland
- 203 ---- Sachsen

Inhaltsverzeichnis

- 203 ---- Sachsen-Anhalt
- 203 ---- Schleswig-Holstein
- 204 ---- Thüringen

205

Rechtsvorschriften

- 205 ---- Rechtsvorschriften zur Beihilfe
- 206 ---- Bundesbeihilfeverordnung mit Auszügen aus den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften
- 233 ---- Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- 236 ---- Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
- 239 ---- Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel
- 241 ---- Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke einschließlich Zubehör
- 248 ---- Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle
- 251 ---- Gutachter und Obergutachter für Psychotherapie (Verzeichnis)

253

Klinikverzeichnis

- 253 ---- Das Klinikverzeichnis im Ratgeber „Beihilfe in Bund und Ländern“

285

Stichwortverzeichnis

Gesundheitsversicherung, Pflege und Beihilfe

Einleitung zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie Beihilfe

Die Beihilfe ist das eigenständige Krankensicherungssystem für die Beamten und Richter. Für Soldaten – und teilweise Beamte in den Vollzugsdiensten – kann die Krankensicherung auch in Form der sog. Heilfürsorge ausgestaltet sein. Zusätzlich bestehen Sonderregelungen im Bereich der Postnachfolgeunternehmen („Postbeamtenkrankenkasse“) bzw. Bahn („KVB“). Das Beihilfesystem umfasst die Aufwendungen des Dienstherrn im Rahmen der Fürsorgepflicht für Krankheits-, Pflege- und Geburtsfälle sowie bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und Schutzimpfungen. Die Leistungen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge des Beamten in Form der ergänzenden privaten Krankenversicherung, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

Leistungen des eigenständigen Beihilfesystems erfolgen im Gegensatz zum grundsätzlichen Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung als Kostenerstattung. Der Beamte, der nicht freiwillig gesetzlich versichert ist, erhält eine Rechnung als Privatpatient, begleicht diese und bekommt die beihilfefähigen Aufwendungen entsprechend dem Beihilfebemessungssatz erstattet.

Der Beihilfesatz beträgt

- 50 Prozent für aktive Beamte,
- 70 Prozent für Versorgungsempfänger bzw. Ehepartner und
- 80 Prozent für Kinder bzw. Waisen.

Geregelt ist die Gewährung von Beihilfeleistungen in den Beihilfeverordnungen des Bundes (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV) sowie der Länder – jeweils aufgrund gesetzlicher Ermächtigungen in den jeweiligen Beamtengesetzen. Eine bundeseinheitliche Regelung gibt es somit nicht. Die Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen haben die Beihilfavorschriften des Bundes übernommen. In den anderen Ländern weichen die Vorschriften teilweise in geringem Umfang, teils jedoch erheblich ab. Beispiele hierfür sind die Wahlleistungen (Chefarztbehandlung und Unterbringung im Zweibettzimmer), Zuzahlungen zu Medikamenten, Zuzahlungen bei sonstigen Leistungen bzw. Kostendämpfungspauschalen oder Antragsgrenzen.

In diesem Ratgeber wird der wesentliche Inhalt der Beihilferegelungen des Bundes dargestellt. Die geltenden aktuellen Bestimmungen der Länder werden insoweit erläutert, als sie in wichtigen Teilen von den Bundesregelungen abweichen (☞ siehe Seiten 165 ff.). Wegen der Komplexität und der Fülle der Regelungen können in diesem Ratgeber nicht alle Einzelheiten dargestellt werden. Ausführliche Informationen zum Thema „Beihilfe“ finden Sie auch unter www.die-beihilfe.de.

Die Zuzahlungsregelungen und „Praxisgebühr“ orientieren sich für den Bereich des Bundes an den Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde festgelegt, dass Beamte zum 1. Januar 2009 ebenfalls über eine ergänzende Versicherung verfügen müssen – trotz der bestehenden Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 6 Abs. 1 Ziffer 1 SGB V. In der Regel wurde trotzdem schon bislang ergänzend zum Beihilfesatz durch die Beamten eine freiwillige private Krankenversicherung abgeschlossen.

Mindestumfang bei der Versicherungspflicht sind dabei Leistungen einer ambulanten und stationären Heilbehandlung; dabei können umfangreiche Selbstbeteiligungen (max. 5.000

Einleitung

Euro/Jahr; für Beamte entsprechend Beihilfebemessungssatz geringer) vorgesehen werden. Keine Versicherungspflicht besteht diesbezüglich z. B. für Zahnarztleistungen.

§

Heilfürsorge für Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei

(2) Den Polizeivollzugsbeamten der Bundespolizei wird Heilfürsorge gewährt; dies gilt auch während der Inanspruchnahme von Elternzeit sowie während der Zeit einer Beurlaubung nach § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Bundesbeamtengesetzes, sofern die Beamten nicht Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben.

Auszug aus § 70 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG)

Dieses Buch widmet sich insbesondere der Beihilfe des Bundes – und ergänzend den Regelungen der einzelnen Bundesländer. Trotzdem ist es unerlässlich, zusätzlich auf die gesetzliche und die private Krankenversicherung einzugehen: Während die Beihilfe nur im Zusammenspiel mit der privaten Krankenversicherung ihre Wirkung entfaltet, stellt für viele Beamte und Versorgungsempfänger die gesetzliche Krankenversicherung mit der Beihilfe als „kleiner Ergänzung“ das alleinige Sicherungssystem dar.

Beihilfe in Bund und Ländern

Beihilfe

UNSER TIPP für Ihre Gesundheit: Sanatorium Dr. Höller mit dem geriatrischen Ansatz...

"Nur wir den Menschen geriatrisch sehen, behandeln wir Sie auch so", nach diesem Leitmotiv erfolgt die Behandlung und Betreuung im Sanatorium Dr. Höller.

Das kompetente Ärzte-Team und die bestens geschulten, langjährig tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, nehmen sich die **Lebenszeit** des Patienten viel Zeit, um auf die persönlichen Wünsche der Gäste einzugehen. Für jeden Gast wird ein individueller Behandlungsplan erstellt, der, je nach Indikation, moderne Schmerzmittel, komplementäre oder naturheilverfahrenliche Behandlungsverfahren beinhaltet.

Mehr Informationen finden Sie unter www.sanatorium-hoeller.de

Beihilferecht für den Bund und die Länder

Regelgeber für: Beihilfe Beihilfe in Recht

www.die-beihilfe.de

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist der älteste Zweig der Sozialversicherung. Die Grundlagen sind im Wesentlichen im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Daneben bestehen Sondersicherungssysteme, wie z. B. die Landwirtschaftlichen Krankenkassen. Die GKV sichert Versicherte und deren Familien im Krankheitsfall ab und kommt für die notwendige medizinische Hilfe auf. Sie zahlt ein Krankengeld, wenn der Arbeitgeber Lohn oder Gehalt während einer Arbeitsunfähigkeit nicht weiterbezahlt (für Selbständige zum 1. Januar 2009 als Zusatzleistung wählbar). Ausgenommen sind Leistungen nach einem Arbeitsunfall oder als Folge einer Berufskrankheit. Diese Fälle sind über die gesetzliche Unfallversicherung abgesichert. Seit 1. Januar 1996 können auch Pflichtversicherte, Angestellte oder Arbeiter, ihre Orts-, Betriebs- bzw. Innungskrankenkasse oder Ersatzkasse frei wählen.



Gesetzlich oder privat versichert?

Bei der Entscheidung für oder gegen eine freiwillige Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. für oder gegen eine Versicherung in den privaten Kassen sollte die eigene Lebensplanung und Einkommenssituation berücksichtigt werden. Zu Beginn des Beamtenverhältnisses meist als junge Beamtin oder junger Beamter oder bei Verbeamtung nach einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ist die Versicherung in der privaten Kasse relativ günstig zu haben, mit zunehmendem Alter, bei Familienzuwachs und geringeren (Familien-)Einkommen sollte gerechnet werden. In der privaten Versicherung ist für jedes Mitglied ein eigener Beitrag zu entrichten – für Kinder genauso wie für Ehegatten und Lebenspartner. In der gesetzlichen Krankenversicherung sind für die Familienversicherung für Kinder und für nicht oder nur gering verdienende Ehegatten/Lebenspartner keine zusätzlichen Beiträge zu entrichten. Im Alter kommt es wieder auf das Einkommen an. Diese Grundzüge behalten auch nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Gültigkeit. Vor- und Nachteile haben im Übrigen beide Systeme.

Die Familienversicherung von Kindern ist ausgeschlossen, wenn alle folgenden drei Bedingungen insgesamt erfüllt sind:

- Ein Ehepartner ist Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse und
- der andere Ehepartner gehört keiner gesetzlichen Krankenkasse an, weil er/sie entweder privat oder gar nicht krankenversichert ist und
- dieser andere Ehepartner erzielt ein Einkommen, das regelmäßig einen bestimmten monatlichen Grenzbetrag überschreitet und
- dieses Einkommen ist auch regelmäßig höher als das des Mitglieds.

Die Familienversicherung für den Ehegatten während der gesetzlichen Mutterschutzfristen sowie während der Elternzeit besteht nur, wenn dieser zuvor auch gesetzlich krankenversichert war.

Gesetzliche Krankenversicherung

Zuordnung zur gesetzlichen Krankenversicherung

Grundsätzlich sind nach § 5 SGB V u. a. folgende Personen in der GKV versicherungspflichtig:

- Arbeiter und Angestellte,
- Landwirte über die Krankenversicherung der Landwirte,
- Künstler und Publizisten nach Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

Versicherungsfrei sind dagegen z.B.

- Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat,
- Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte von Körperschaften, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,

Beamte haben unabhängig davon jedoch die Möglichkeit, sich in der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied zu versichern. Dies gilt aber nur innerhalb bestimmter Vorversicherungszeiten und Fristen – in der Regel wird hierzu die Entscheidung mit Eintritt in den öffentlichen Dienst getroffen.

Die Übersicht  auf Seite 5 gibt anhand von Beispielen einen Überblick darüber, bei wem Angehörige familienversichert sein können.



Ausschluss der Mitversicherung von Kindern bei Verheirateten

§ 10 Abs. 3 SGB V schließt Kinder miteinander verheirateter Eltern von der beitragsfreien Familienversicherung aus, wenn das Gesamteinkommen des Elternteils, der nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, höher ist als das des Mitglieds und bestimmte, im Gesetz festgelegte Einkommensgrenzen übersteigt. Das Bundesverfassungsgericht hat entschieden, dass § 10 Abs. 3 SGB V mit dem grundrechtlichen Schutz von Ehe und Familie (Art. 6 Abs. 1 GG) und dem Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) vereinbar ist. Zum einen kann der Gesetzgeber bei der Bestimmung des von der beitragsfreien Mitversicherung begünstigten Personenkreises auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Eltern abstellen, zum anderen ist eine punktuelle gesetzliche Benachteiligung Verheirateter gegenüber Nichtverheirateten hinzunehmen, wenn bei einer Gesamtbetrachtung der Regelungen über die Familienversicherung Eheleute nicht schlechter gestellt sind als Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft. Nach Ansicht des Gerichts bewirkt die Regelung im Ganzen betrachtet keine Schlechterstellung der Eheleute.

Auszug aus dem Urteil des BVerfG vom 12. Februar 2003 – Az. 1 BvR 624/01

Gesetzliche Krankenversicherung

Mitversicherung von Familienangehörigen

Mann/Frau A'	Mann/Frau B'	Kind(er)	Anmerkungen
Beamte/r Freiwilliges GKV- Mitglied	Keine Einkünfte Beitragsfrei familienversichert bei A	Beitragsfrei familienversichert bei A	Höhe des Einkommens von A unbeachtlich, da GKV-Mitglied
Beamte/r PKV ³ -versichert (+ Beihilfe)	Keine Einkünfte Berücksichtigungsfähig über Beihilfe von A zzgl. extra Beitrag für PKV	Berücksichtigungsfähig über Beihilfe von A zzgl. extra Beitrag PKV	In der privaten Krankenversicherung gibt es keine Beitragsfreiheit für Familienmitglieder.
Beamte/r Beihilfe+PKV Einkommen mehr als JAG ² und höher als B	Angestellte/r Mitglied in der GKV ⁴ Einkommen geringer als A (kann aber auch über der JAG liegen)	Keine Familienversicherung über B möglich Daher Beihilfe über A zzgl. extra Beitrag für PKV oder eigene freiwillige Mitgliedschaft in GKV mit eigenem Beitrag	Die gesetzlichen Kassen bieten für Kinder günstige Beiträge an; bei nichtehelichen Lebensgemeinschaften ist das Kind beitragsfrei bei B familienversichert, durch die Ehe ist dies ausgeschlossen (bestätigt durch BVerfGE vom 12. 2. 2003 und BSG-E v. 25. 1. 2001); bei Ehescheidung liegen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung wieder vor
Beamte/r Beihilfe+PKV Einkommen unter JAG	Wie voriges Beispiel (hier ist es gleichgültig, ob das Einkommen von B über oder unter dem Einkommen des A und über oder unter der JAG liegt)	Beitragsfrei familienversichert über B	Die Familienversicherung ist in diesem Fall möglich, da nicht alle der oben genannten Ausschlusskriterien vorliegen (s. o. Punkt 5)
Beamte/r Beihilfe+PKV Einkommen über JAG aber weniger als B	Angestellte Freiwilliges Mitglied GKV Einkommen über JAG und mehr als A	Beitragsfrei familienversichert über B	Familienversicherung möglich, da das Einkommen von A niedriger ist als von B
Beamte/r Beihilfe+PKV	Beamte/r Beihilfe+PKV	Beihilfe + PKV	Die Familie zahlt für jedes Mitglied einen extra Versicherungsbeitrag
Beamte/r Freiwilliges GKV-Mitglied	Angestellte/r GKV-Mitglied (pflicht oder freiwillig)	Familienversicherung über A oder B (A und B können wählen)	
Beamte/r Elternzeit Beihilfe+PKV	Angestellte GKV-versichert	Art der Versicherung abhängig vom Einkommen A	Beamte in der Elternzeit sind nicht in der GKV familienversichert (s. o. Punkt 6)

¹A und B sind Ehegatten bzw. Lebenspartner

²JAG= Jahresarbeitsentgeltgrenze

³PKV= private Krankenversicherung

⁴GKV= gesetzliche Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung

Rechengrößen der Sozialversicherung im Jahr 2011

Rechengrößen der Sozialversicherung im Jahr 2010				
	West		Ost	
	Monat	Jahr	Monat	Jahr
Beitragsbemessungsgrenze Arbeitslosenversicherung (ArV/AV)	5.500,00 Euro	66.000,00 Euro	4.800,00 Euro	57.600,00 Euro
Beitragsbemessungsgrenze (Knappschaft)	6.750,00 Euro	81.000,00 Euro	5.900,00 Euro	70.800,00 Euro
Versicherungspflichtgrenze* (Kranken- u. Pflegeversicherung)	4.125,00 Euro	49.500,00 Euro	4.125,00 Euro	49.500,00 Euro
Beitragsbemessungsgrenze (Kranken- u. Pflegeversicherung)	3.712,50 Euro	44.550,00 Euro	3.712,50 Euro	44.550,00 Euro
Mindestbemessungsgrundlage für freiwillige KV-Mitglieder/ Rentenantragsteller	851,67 Euro			
Bezugsgröße	2.555,00 Euro	–	2.240,00 Euro	–
Geringfügigkeitsgrenze – allgemein – bei geringfügiger Beschäftigung	365,00 Euro 400,00 Euro			
vorläufiges Durchschnittsentgelt/ Jahr in der RV	30.268,00 Euro			

*Für Arbeiter und Angestellte, die am 31.12.2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einer PKV versichert waren, gilt abweichend die Versicherungspflichtgrenze von 44.100 Euro (3 675 Euro / Monat) – § 6 Abs. 7 SGB V



Erleichterte Wechselmöglichkeit in die PKV

Zum 1. Januar 2011 wurde zudem die dreijährige Wartefrist für abhängig beschäftigte Pflichtversicherte wieder auf 1 Jahr verkürzt.

The screenshot shows the website interface for finding health resorts. It includes search filters for Fachgebiet (Specialty), Adressname, Ort, and PLZ. A list of amenities is provided, such as 'Allergierzimmer', 'Außenbassin und Liegenraum', 'Aufnahme Begleitpersonal', 'Ausflüge', 'Beauty Shop', 'Behandlungsbereich', 'Bewegungsbad (Sole/Thermal)', 'Cafeteria', 'Dampfbad', 'Einkaufsladen', 'Fernseher im Zimmer', 'Ferienraum', and 'Fitness'. A map of Germany is shown with regions numbered 1 through 10. The website URL www.heilkurorte.de is displayed at the bottom.

Versicherungsschutz für alle

Gesundheitspolitik ist immer Politik für über 80 Millionen Menschen. Da Krankheiten jeden treffen können und Behandlungs- oder Arzneimittelkosten extrem teuer werden können hat die Politik auf die gestiegene Zahl von Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall reagiert. In einem modernen Sozialstaat ist es nicht hinnehmbar, dass eine größere Zahl von Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall ist. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde deshalb der Versicherungsschutz für alle Einwohner im Krankheitsfall eingeführt – und zwar inzwischen sowohl für Personen, die der gesetzlichen wie der privaten Krankenversicherung zugeordnet sind.

Die wesentlichen Elemente des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurden nunmehr auch vom Bundesverfassungsgericht am 10. Juni 2009 bestätigt. Mit dem Urteil besteht endgültig Rechtssicherheit über die mit der Gesundheitsreform für die private Krankenversicherung eingeführten Neuregelungen – insbesondere den Basistarif und die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen beim Wechsel des Versicherers. Aber auch der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen an die gesetzliche Krankenversicherung, die dreijährige Wartefrist für abhängig beschäftigte Pflichtversicherte sowie die Wahltarife in der GKV sind demnach mit der Verfassung vereinbar.



Anspruch auf Krankenversicherungsschutz

Alle bisher nicht versicherten Bürgerinnen und Bürger erhalten einen Anspruch auf Krankenversicherungsschutz.

Einfache und transparente Finanzierung – So funktioniert der Gesundheitsfonds

Ab 1. Januar 2009 gilt bundesweit ein einheitlicher Beitragssatz. Das bedeutet: Alle Krankenkassen verlangen den gleichen prozentualen Beitragssatz. Diesen Beitragssatz legt die Bundesregierung fest. Die Beiträge, die wie bisher vom beitragspflichtigen Einkommen berechnet und von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bezahlt werden, fließen gemeinsam mit Steuermitteln in den neuen Gesundheitsfonds. Der Gesundheitsfonds soll die Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung transparenter machen und zu mehr Klarheit führen, wohin die Beitragszahlungen fließen. Dem Versicherten soll ein Überblick gegeben werden, ob seine Kasse wirtschaftlich arbeitet – wird seine Kasse ihm Geld zurück erstatten oder wird die Kasse einen Zusatzbeitrag erheben müssen.

Dies setzt ein deutlicheres Preissignal als die gegenwärtigen, nur in Prozentpunkten benennbaren Unterschiede zwischen den verschiedenen Beitragssätzen der Kassen.

Den Krankenkassen werden mit der Reform umfangreiche neue Möglichkeiten für eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten an die Hand gegeben. Sie können mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge schließen, mit Heilmittelerbringern verhandeln, Hilfsmittel günstig durch Ausschreibung einkaufen, Verträge mit besonders qualifizierten Ärzten schließen, mit Krankenhäusern die ambulante Behandlung für schwer kranke Versicherte vereinbaren. Eine Krankenkasse, die diese Möglichkeiten gut nutzt, wird ihre Versicherten an den Einsparungen teilhaben lassen und ihnen Prämien auszahlen können. Kommt eine Kasse hingegen mit dem aus dem Fonds zugewiesenen Geld nicht aus, muss sie von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben.

Gesetzliche Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind seit 1. April 2007 folgende Regelungen in Kraft getreten:

- Alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Dies betrifft auch Auslandsrückkehrer, die früher einmal in Deutschland gesetzlich versichert waren, oder die dem Bereich der GKV deshalb zuzurechnen sind, weil sie zum Beispiel als Arbeitnehmer tätig waren.
- Anwartschaftsversicherung: Die Möglichkeit, Anwartschaften zu bilden, war bislang nur auf freiwillig gesetzlich Versicherte beschränkt, die während eines berufsbedingten Auslandsaufenthalts keinen Anspruch auf Leistungen hatten. Künftig wird diese Möglichkeit ausgeweitet auf andere vergleichbare Personengruppen wie Rentner, Studenten, die einen Teil ihres Studiums in Ländern verbringen, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht, Strafgefangene und Zivildienstleistende. Das erleichtert den genannten Personengruppen die spätere Rückkehr in eine gesetzliche Krankenversicherung.

Die GKV finanziert ihre Ausgaben durch Beiträge. Arbeitnehmer zahlen davon in der Regel die Hälfte. Die andere Hälfte übernimmt der Arbeitgeber. Wenn Angestellte oder Arbeiter freiwillig versichert sind, weil sie die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, zahlt der Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der zum 1. Juli 2005 eingeführte Zusatzbeitrag (Beitragsatz: 0,9 Prozent) wird von den Arbeitnehmern dagegen alleine getragen.

Die Höhe des Beitrages hängt vom Einkommen ab. In Deutschland liegt der paritätisch finanzierte Beitragssatz in der GKV ab Januar 2011 bei 14,6 Prozent; dazu kommt – wie bisher – der so genannte zusätzliche Beitragssatz von 0,9 Prozent, den die Mitglieder alleine zahlen. Dies ergibt den allgemeinen Beitragssatz von 15,5 Prozent.

Eine Ausnahme gilt allerdings für freiwillig gesetzlich versicherte Beamte und Versorgungsempfänger: hier beteiligt sich der Dienstherr nicht an den Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Da für Beamte und Versorgungsempfänger kein Anspruch auf Krankengeld besteht, wird der ermäßigte Beitragssatz zu Grunde gelegt.

Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (freiwillig versicherte Mitglieder)

Die monatlichen Beiträge werden prozentual von mindestens der beitragspflichtigen Mindesteinnahme zur Beitragsbemessungsgrenze berechnet:

Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung 2009	Paritätisch finanziert: Arbeitgeber und Arbeitnehmer	vom Arbeitnehmer alleine finanziert	Insgesamt
Allgemeiner Beitragssatz	14,6	0,9	15,5
Ermäßigter Beitragssatz (für Versicherte ohne Krankengeldanspruch, z. B. Beamtenbezüge)	14,0	0,9	14,9

Der Beitragssatz wird auf dieser Höhe gesetzlich festgeschrieben. Damit sollen die Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitskosten weitgehend entkoppelt werden. Kommt eine Krankenkasse mit dem überwiesenen Geld nicht aus, darf sie einen Zuschlag erheben. Dann kann der Versicherte aber die Kasse wechseln.

Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung seit 1. Juli 2005

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) war ursprünglich geplant, zum 1. Januar 2005 einen Zusatzbeitrag für die Absicherung des Zahnersatzes und ab 1. Januar 2006 einen weiteren Zusatzbeitrag zur Finanzierung des Krankengeldes einzuführen. Bereits vor dem Inkrafttreten wurden diese Regelungen aber wieder geändert: Zahnersatz und Krankengeld bleiben eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. An Stelle der ursprünglich geplanten verschiedenen Zusatzbeiträge gilt seit 1. Juli 2005 nunmehr folgende Regelung:

- Die Beitragssätze der Kassen sollten per Gesetz um 0,9 Prozentpunkte gesenkt werden.
- Gleichzeitig wird ein Zusatzbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent eingeführt, den grundsätzlich alle Mitglieder zu zahlen haben.

In der Konsequenz bleiben die Beitragseinnahmen der Kassen für Arbeitnehmer dadurch unverändert (soweit nicht zusätzliche individuelle Beitragssatzänderungen beschlossen werden). Es verändert sich aber die Beitragsverteilung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer ganz erheblich, da der Arbeitgeberanteil nur aus dem regulären Beitragssatz berechnet wird. Der vom Mitglied zu zahlende Zusatzbeitrag bleibt beim Arbeitgeberanteil unberücksichtigt. Unterm Strich bleibt für den Versicherten durch den Sonderbeitrag also eine Mehrbelastung von 0,45 Prozent. Gleichzeitig werden die Unternehmen um 0,45 Prozentpunkte entlastet. Dieser Beitrag soll Arbeitsplätze in Deutschland sichern und den Standort Deutschland stärken.

Gesundheitsfonds – Zuweisung o.ä.

Freiwillig gesetzlich Versicherte Beamte sind aufgrund der Nachrangigkeit der Beihilfe grundsätzlich auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen; ein weitergehender Beihilfeanspruch kann dann bestehen, wenn diese nicht Teil des GKV-Leistungskatalogs sind.

Bislang konnten Versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder einer Krankenkasse durch Sonderkündigungsrecht ihre Mitgliedschaft wechseln, wenn ihre Krankenkasse den allgemeinen Beitragssatz erhöhte. Aufgrund des einheitlichen Beitragssatzes im Rahmen des Gesundheitsfonds ist dieses Recht nunmehr entfallen.

Eine außerordentliche Kündigung ist jetzt möglich, wenn eine Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag erhebt bzw. den bereits erhobenen Zusatzbeitrag nochmals erhöht. Entsprechend kann eine außerordentliche Kündigung erfolgen, wenn die Krankenkasse ihren Mitgliedern gegenüber Rückerstattungen reduziert bzw. einstellt.

Die Sonderkündigung kann in diesen Fällen bis zur erstmaligen Fälligkeit oder der erstmaligen erhöhten Fälligkeit des Zusatzbeitrags erfolgen bzw. analog zum Zeitpunkt der reduzierten oder ganz eingestellten Rückzahlung. Die Kündigungsfrist beträgt auch bei dieser Sonderkündigung zwei Monate zum Monatsende. Der Zusatzbeitrag bzw. ein erhöhter Zusatzbeitrag braucht während der Kündigungsfrist nicht mehr gezahlt werden.

Bei einer Beitragserhöhung muss die Krankenkasse ihre Mitglieder spätestens einen Monat vor der Fälligkeit des Zusatzbeitrages über die Erhöhung informieren und auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Beispiel:

Sonderkündigungsrecht in gesetzlicher Krankenkasse	1. März 2009
Zeitpunkt der Beitragserhöhung:	31. März 2009
Kündigung bei der Krankenkasse bis zum:	31. Mai 2009
Ende der Mitgliedschaft in der vorherigen Krankenkasse	1. Juni 2009
Beginn der Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse:	

Schutz vor Überforderung

Um die Mitglieder der GKV vor einer Überforderung durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu schützen, wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz ein Sozialausgleich aus Steuermitteln eingeführt. Übersteigt der vorab ermittelte durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen, erhalten die Versicherten einen Sozialausgleich, indem ihr einkommensabhängiger Beitragsanteil entsprechend reduziert wird. Dies kann in der Regel automatisch direkt über Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger umgesetzt werden. Der Sozialausgleich greift immer dann, wenn der „durchschnittliche Zusatzbeitrag“ die Grenze von zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen übersteigt. Ob das der Fall ist, wird vom Arbeitgeber beziehungsweise von der Rentenversicherung geprüft. Wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag mehr als zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (Lohn, Rente, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit) ausmacht, erfolgt ein Ausgleich der Differenz. Dabei wird der einkommensbezogene Krankenversicherungsbeitrag um den entsprechenden Differenzbetrag reduziert; das ausbezahlte Nettoeinkommen ist entsprechend höher.

Beispiel:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag	16 Euro
Beitragspflichtige Einnahmen	800 Euro
Davon zwei Prozent:	16 Euro

Kein Sozialausgleich.

Beispiel:

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag	20 Euro
Beitragspflichtige Einnahmen	800 Euro
Davon zwei Prozent:	16 Euro

**Sozialausgleich: Vier Euro werden ausgeglichen
(Auszahlung mit dem Lohn bzw. der Rente.)**

Grundsätzlich zahlt jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung den Zusatzbeitrag seiner Kasse. Für seine Kinder oder den mitversicherten Partner zahlt man keinen Zusatzbeitrag.

Seit 2003 gilt zusätzlich eine neue, zweite Versicherungspflichtgrenze – und zwar für diejenigen Beschäftigten, die am 31. Dezember 2002 privat krankenversichert sind bzw.

waren. Der Arbeitgeber muss in 2003 zur Beurteilung der Versicherungspflicht für die Beschäftigten also prüfen, wer gesetzlich krankenversichert ist und wer privat krankenversichert ist und dies auch am 31. Dezember 2002 ist bzw. war. Auf diese Weise bestimmt er die jeweils gültige Versicherungspflicht. Beschäftigte, die zwar vor oder nach dem 31. Dezember 2002 privat krankenversichert waren oder sind, aber nicht an dem Stichtag selbst, fallen unter die Versicherungspflicht, die für gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer gilt. Ebenfalls pflichtversichert sind beispielsweise Studenten der staatlichen und staatlich anerkannten Hochschulen, Praktikanten oder Auszubildende des zweiten Bildungsweges, Behinderte, die in einer staatlich anerkannten Werkstatt beschäftigt sind oder an berufsfördernden Maßnahmen teilnehmen und Arbeitslose, wenn sie Leistungen der Bundesagentur für Arbeit erhalten.

Familienversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung umfasst auch eine Familienversicherung. Daher sind Ehepartner und Kinder (bis zu bestimmten Altersgrenzen) mitversichert. Voraussetzung ist, dass das Einkommen der Ehepartner und Kinder höchstens 365 Euro monatlich – bei geringfügiger Beschäftigung 400 Euro – beträgt und sie nicht selbst versichert sind.

Privat Versicherte

Privat krankenversicherte Beschäftigte, die die übrigen Voraussetzungen für den Arbeitgeberzuschuss erfüllen, erhalten diesen gemäß § 257 Abs. 2 SGB V in Höhe der Hälfte des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres, begrenzt auf die Hälfte des tatsächlich zu leistenden Beitrages. Mehr Informationen zur PKV auf den  Seiten 23 ff.

Einführung von Gesundheits-Karte und Patienten-Quittung

Zukünftig soll die bisherige Krankenversicherten-Karte durch eine elektronische Gesundheitskarte ersetzt werden. Sie enthält Daten des Versicherten wie Name und Adresse, die zur Erstellung eines elektronischen Rezeptes erforderlich sind. Wer möchte, kann zusätzlich Daten erfassen lassen, die für die eigene Gesundheit wichtig sind – z. B. Blutgruppe, Allergien, chronische Erkrankungen. Gesetzlich Krankenversicherte können von ihrem Arzt verlangen, dass er ihnen eine so genannte Patienten-Quittung ausstellt. Sie gibt Auskunft über die Leistungen, die der Patient erhalten hat, und die damit verbundenen Kosten. Zur Auswahl stehen eine Tages-Quittung oder eine Quartals-Übersicht.

Gleiche Leistungen – feste Zuschüsse

Ob Zahnkronen, Brücken oder Prothesen – der Zahnersatz bleibt eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Am Umfang des Leistungsanspruchs ändert sich grundsätzlich nichts. Sie erhalten auch zukünftig den Zahnersatz, den Sie brauchen. Geändert hat sich die Art der Bezuschussung von Zahnersatzleistungen durch die Krankenkasse. Seit Januar 2005 zahlen die Krankenkassen für den Zahnersatz festgelegte Zuschüsse (sog. befundbezogene Festzuschüsse). Die Höhe richtet sich ausschließlich nach dem zahnärztlichen Befund und nicht mehr nach der Behandlungsmethode. Den befundbezogenen Festzuschuss zahlt die Krankenkasse in jedem Fall, unabhängig davon, ob Sie sich für eine einfache oder eine aufwändige Therapie entscheiden.



Chronisch Kranke

Die im Januar 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie für chronisch Kranke, sogenannte Chronikerrichtlinie, sieht unter anderem vor:

Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt: Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach den Maßstäben § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor.

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 (wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet, nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal wenigstens ein Jahr lang) verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Inhalt der Krankentransportrichtlinien ist, dass Fahrten zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder H (hilflos) haben, oder die die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen können.

Weitere Voraussetzungen für eine Verordnung

Der Patient leidet an einer Grunderkrankung, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muss. Die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf beeinträchtigt den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie können als Ausnahmefall weiterhin verordnet werden.

Die Krankenkassen genehmigen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten in vergleichbaren Fällen auch ohne amtlichen Nachweis. Die Richtlinien sollen auch in Zukunft einer regelmäßigen Überprüfung unterzogen werden, um gegebenenfalls erkennbaren Fehlentwicklungen entgegenzuwirken oder veränderte Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Mehr Informationen unter www.bmgs.de



Mehr Gerechtigkeit

Für die Patientinnen und Patienten bedeutet das neue Zuschussystem mehr Gerechtigkeit und ein höheres Maß an Wahlfreiheit. Lassen Sie sich bei zahnärztlichen Behandlungen auch von Ihrer Krankenkasse beraten.

Befundbezogene Festzuschüsse

Angenommen, der zahnärztliche Befund lautet: Zahnücke mit einem fehlenden Zahn. In diesem Fall gibt es unterschiedliche Therapiemöglichkeiten, um das Problem zu lösen. In der Mehrzahl aller Fälle wird der fehlende Zahn durch eine Brückenkonstruktion ausgeglichen. Diese Lösung entspricht grundsätzlich der so genannten Regelversorgung, das bedeutet: Sie ist in solchen Behandlungsfällen üblich.

Als Patientin oder Patient haben Sie aber auch die Möglichkeit, sich für eine andere, aufwändigere zahnmedizinische Versorgung zu entscheiden. Das kann zum Beispiel ein implantatgetragener Zahnersatz sein, der den fehlenden Zahn ersetzt. Eine solche Lösung erfüllt den gleichen Zweck, ist aber deutlich teurer als die Brückenkonstruktion.

Für den Zuschuss der Krankenkasse ist völlig unerheblich, welche zahnmedizinische Versorgung Sie wählen. Ganz gleich, ob Sie sich für die kostengünstigere oder die aufwändige Lösung entscheiden, der Zuschuss Ihrer Krankenkasse bleibt gleich. Entscheidend sind ausschließlich der Befund, also die Zahnücke, und die in der Regel übliche Versorgung, in diesem Fall also die Brückenkonstruktion. Wählen Sie einen von der Regelversorgung abweichenden Zahnersatz, sind die hieraus entstehenden Mehrkosten von Ihnen zu tragen.

Bonusregelungen

Auch in Zukunft erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse einen finanziellen Bonus für den Zahnersatz, wenn Sie regelmäßig zu den zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen gegangen sind. Der Bonus wird auf Grundlage der befundbezogenen Festzuschüsse berechnet. Konkret bedeutet das: Für diejenigen, die den Zahnarzt in den letzten fünf Jahren einmal jährlich für eine Kontrolluntersuchung aufgesucht haben, erhöht sich der Festzuschuss der Krankenkasse



Vorsorge wird belohnt

Regelmäßige Vorsorge wird belohnt: Ihr Bonusheft zum Nachweis zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen ist bares Geld wert. Kontrolluntersuchungen sind von der Praxisgebühr befreit.

Gesetzliche Krankenversicherung

um 20 Prozent. Und wer diese Vorsorge für die letzten zehn Jahre nachweisen kann, erhält sogar einen um 30 Prozent höheren Festzuschuss. So erhöht sich zum Beispiel ein Festzuschuss in Höhe von 200 Euro auf 240 Euro (um 20 Prozent) oder auf 260 Euro (um 30 Prozent).

Härtefallregelungen gelten weiter

Jeder Versicherte hat Anspruch auf medizinisch notwendigen Zahnersatz. Der Zahnersatz bleibt Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherte, die über ein geringes Einkommen verfügen – zum Beispiel Empfänger von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II oder Ausbildungsförderung – erhalten von der Krankenkasse einen Festzuschuss in Höhe der für die Regelversorgung anfallenden Kosten. Die Leistungen der Regelversorgung erhalten Sie also kostenfrei. Für die Eigenbeteiligung gilt generell eine gleitende Härtefallregelung. Bei Fragen, sollten Sie mit Ihrer Krankenkasse sprechen.

Aber auch wenn Ihr Einkommen oberhalb dieses Betrages liegt, können Sie im Rahmen der gleitenden Härtefallregelung Anspruch auf einen erhöhten Festzuschuss haben. Dieser hängt von der Einkommenshöhe ab. Dabei gilt die Regel: Jeder Versicherte muss maximal nur bis zum Dreifachen des Betrages selbst leisten, um den sein Einkommen vom geringen Einkommen abweicht.

GKV-Modernisierungsgesetz 2003/2004: Mehr Wirtschaftlichkeit

Die Gesundheitsreform sieht umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit vor:

- Aufgrund einer Kosten-Nutzen-Bewertungen können künftig für bestimmte Arzneimittel Höchstbeträge für die Kostenübernahme bestimmt werden. Preise für Arzneimittel sollen in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem therapeutischen Nutzen stehen.
- Alle Arzneimittelpreise sind künftig Höchstpreise und können im Einzelfall unterschritten werden. Höchstpreise bedeuten für die Apotheken, dass sie diese Arzneimittel preiswerter abgeben können, indem sie eine Ermäßigung auf den höchstzulässigen Handelszuschlag gewähren. Bei der Abgabe von Arzneimitteln auf Kassenrezept kann die Apotheke dadurch auf die Erhebung von Zuzahlungen gegenüber den Versicherten teilweise verzichten. Höchstpreise bedeuten für die Pharmaunternehmen, dass die Krankenkassen Rabatte mit Arzneimittelherstellern vereinbaren und dadurch die Arzneimittelzuzahlungen für ihre Versicherten senken können.
- Vier-Augen-Prinzip: Bei der Verordnung von speziellen, hochinnovativen und teuren Arzneimitteln, insbesondere bio- und gentechnologisch hergestellten Arzneimitteln und Diagnostika, muss künftig vorher eine ärztliche Zweitmeinung bei einem dafür eigens ausgewiesenen Arzt eingeholt werden. Dies soll zur erhöhten Sicherheit der Patienten dienen, sowie Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sichern.
- Die Möglichkeiten zur Versorgung mit Einzeldosen von Arzneimitteln werden verbessert: Apotheken können künftig leichter einzelne Tabletten an Patienten abgeben.
- Die Kassen werden verpflichtet, einer missbräuchlichen Verwendung der Versichertenkarte durch weitere geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken – zum Beispiel durch die tagesaktuelle Bereitstellung von Informationen zur Karte (Verlustmeldung, Beendigung des Versicherungsschutzes, Änderungen beim Zuzahlungsstatus) an die Leistungserbringer.

Zahlungs- und Finanzierungsregeln – Das Wichtigste auf einen Blick



Vereinfachte Zahlungsregeln

Grundsätzlich wird bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10 Euro, mindestens 5 Euro. Wenn die Kosten unter 5 Euro liegen, wird der tatsächliche Preis gezahlt.

Belastungsgrenzen

Alle Zuzahlungen werden bis zum Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Daher müssen alle Zahlungsbelege gesammelt werden. Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2 Prozent der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Für chronisch kranke Menschen gilt eine Grenze von 1 Prozent der Bruttoeinnahmen.

Berechnung für das Jahr 2011

Summe der jährlichen Bruttoeinnahmen (z.B. Gehalt, Renten oder Zinsen) aller im Haushalt lebenden Personen; incl. berücksichtigungsfähige Kinder

- abzgl. 15 Prozent der Bezugsgröße für den ersten Angehörigen (4.599 Euro)
- abzgl. 10 Prozent der Bezugsgröße für weitere Angehörige (3.066 Euro)
- abzgl. 7.008 Euro je Kind anstatt des Betrags von 10 Prozent der Bezugsgröße

Befreiung für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind grundsätzlich von Zuzahlungen befreit. Einzige Ausnahme ist die Zuzahlung bei Fahrkosten, die auch von nicht volljährigen Versicherten zu entrichten ist.

Bonusregelung

Wer aktiv Vorsorge betreibt und an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen teilnimmt, kann von seiner Krankenkasse einen finanziellen Bonus bekommen. Das kann eine teilweise Befreiung von den Zuzahlungen oder auch eine Ermäßigung des Beitrags sein. Das gilt auch für Versicherte, die an einem Hausarztssystem, an einem Chronikerprogramm oder an einer integrierten Versorgung teilnehmen.

Versorgungsbezüge

Rentnerinnen und Rentner müssen bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze auf ihre Versorgungsbezüge sowie Betriebsrenten und auf Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit den vollen Krankenversicherungsbeitrag zahlen. Dies gilt auch für versicherungspflichtige Beschäftigte, die über solche Einnahmen verfügen.

Zuzahlungsbefreiungen

Seit dem 1. Januar 2004 gelten die alten Befreiungen nicht mehr. Wenn man seine Belastungsgrenze erreicht hat, stellt nach Antrag die jeweilige Kasse für das Kalenderjahr eine Befreiung aus.

Reibungslose Übergänge in der Versorgung

Um einen reibungslosen Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege zu gewährleisten, sieht die Gesundheitsreform u. a. folgende gezielte Maßnahmen vor:

- Verbessertes Entlassungsmanagement: Krankenhausärzten wird die Möglichkeit eröffnet, Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege zu verordnen und Arzneimittel mitzugeben
- Stärkere Berücksichtigung von besonderen Lebensumständen bei der häuslichen Krankenpflege. Sie wird künftig auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt
- Künftig sollen integrierte Versorgungsangebote, die flächendeckend für Volkskrankheiten wie zum Beispiel Diabetes oder Bandscheibenerkrankungen entwickelt werden, gezielt gefördert werden. Unter Integrierter Versorgung versteht man eine abgestimmte Versorgung, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken.

Wahlfreiheit für die Versicherten

Die Versicherten sollen künftig von einem umfassenden Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen profitieren. Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten eine hohe Versorgungsqualität anbieten. Denn Versicherte haben die Wahl zwischen vielen unterschiedlichen Tarifangeboten ihrer Krankenkasse:

- Jede Krankenkasse muss ihren Versicherten einen speziellen Hausarzttarif anbieten. Wer diesen Tarif wählt, verpflichtet sich, im Krankheitsfall immer zuerst zum Hausarzt zu gehen. Die Teilnahme am Hausarzttarif bleibt für Ärzte und für Versicherte freiwillig.
- Jeder Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung kann einen Selbstbehalt wählen, das heißt er zahlt die Behandlungskosten bis zu einem gewissen Betrag selbst. Im Gegenzug vereinbart er einen günstigeren Tarif mit seiner Krankenkasse. Diesen Tarif können künftig alle gesetzlich Krankenversicherte wählen.
- Versicherte können sich für die Kostenerstattung entscheiden. Die Höhe der Kostenerstattung kann dabei variabel gestaltet werden. Gesetzlich Krankenversicherten ist dabei freigestellt, ob sie Leistungen wie Privatversicherte in Anspruch nehmen – mit dem entsprechend höheren Gebührensatz für den behandelnden Arzt.



Mehr Wahlfreiheit

Jeder kann sich die Kasse mit den besten Angeboten und den günstigsten Tarifen aussuchen. Oder einfach die Kasse, die am besten zu ihm passt. Das bedeutet: mehr Wahlfreiheit.

Pflegeversicherung als Zweig der Sozialversicherung

Zum 1. Januar 1995 wurde die Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingerichtet. Es gilt der Grundsatz: Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört der sozialen Pflegeversicherung an. Privat Krankenversicherte mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen mussten ab 1. Januar 1995 eine private Pflegeversicherung abschließen. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert. Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Einkommen. Dabei gelten dieselben Beitragsbemessungsgrenzen wie in der Krankenversicherung. Seit 1. Juli 2008 beträgt der Beitragssatz 1,95 Prozent.

Wer als Beschäftigter freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, erhält von seinem Arbeitgeber als Beitragszuschuss die Hälfte des Beitrages, den er aus dem Arbeitsentgelt zur sozialen Pflegeversicherung zahlen muss. Einen Beitragszuschuss in gleicher Höhe erhalten auch die Beschäftigten, die in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind. Unterhaltsberechtigter Kinder und Ehegatten sind im Rahmen der Regeln der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert.

Beamtinnen und Beamte, die im Pflegefall auch Anspruch auf Beihilfeleistungen haben, zahlen nicht mehr als die Hälfte dieser Höchstbeiträge. Die Beiträge gelten einheitlich für Männer und Frauen. Kinder sind wie in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert. Bei der Versicherungspflicht der Pflegeversicherung gelten die für die Krankenversicherung geregelten Voraussetzungen. Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht zu befreien. Dem Antrag muss ein Nachweis eines gleichwertigen Vertrages bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen beigefügt werden. Sollten privat Krankenversicherte später einmal in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden, können sie den privaten Vertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die private Pflegeversicherung muss gewährleisten, dass ihre Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Für Familien und ältere Versicherte muss die private Pflegeversicherung angemessene Bedingungen und Prämien anbieten. Auch Beamtinnen und



Soziale Regelung in der privaten Pflegeversicherung

Für die private Pflege-Pflichtversicherung gelten bereits viele soziale Schutzbestimmungen. Neu eingeführt werden soziale Regelungen zur Tragung der Beiträge bei niedrigem Einkommen analog zum Basistarif in der privaten Krankenversicherung.

Vermittlung von Zusatzversicherungen

Pflegekassen können künftig private Pflege-Zusatzversicherungen für jene vermitteln, die sich zusätzlich absichern möchten.

Mitnahmemöglichkeit der Altersrückstellungen

Wie in der privaten Krankenversicherung gibt es in Zukunft auch bei der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Möglichkeit, seine Altersrückstellungen in eine andere Kasse mitzunehmen. Dies gilt für Neu- und Bestandsfälle ab 1. Januar 2009.

Gesetzliche Pflegeversicherung

Beamte sind verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen – es sei denn, sie gehören der gesetzlichen Krankenversicherung an. Dabei handelt es sich um eine Restkostenversicherung, die die Beihilfe ergänzt.



§ 28 SGB XI Leistungsarten, Grundsätze (auszugsweise)

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegesachleistung,
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen,
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung,
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson,
5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen,
6. Tagespflege und Nachtpflege,
7. Kurzzeitpflege,
8. vollstationäre Pflege,
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe,
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen,
11. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

(2) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

(3) Die Pflegekassen und die Leistungserbringer haben sicherzustellen, dass die Leistungen nach Absatz 1 nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.

(4) Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.



Hilfeleistungen

Als gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens gelten beispielsweise:

- Im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, das Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Pflegebedürftigkeit

Wer bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen (siehe Kasten) des täglichen Lebens dauerhaft, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße auf Hilfe angewiesen ist, gilt als pflegebedürftig. Der Hilfebedarf erstreckt sich auf die

- Körperpflege
- die Ernährung
- die Mobilität und
- hauswirtschaftliche Versorgung

Die Hilfeleistung besteht darin, einen anderen Menschen im Ablauf des täglichen Lebens zu unterstützen, die Verrichtungen ganz oder teilweise zu übernehmen oder ihn dabei zu beaufsichtigen und anzuleiten.

Für die Leistungsgewährung sind pflegebedürftige Personen einer von drei Pflegestufen zuzuordnen:

■ Pflegestufe I

Erheblich pflegebedürftig: Die zu pflegende Person benötigt mindestens einmal am Tag Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

■ Pflegestufe II

Schwer pflegebedürftig: Die zu pflegende Person benötigt mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

■ Pflegestufe III

Schwerstpflegebedürftig: Die zu pflegende Person benötigt täglich rund um die Uhr, auch nachts, Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Die Zuordnung pflegebedürftiger Kinder richtet sich danach, wie viel zusätzliche Hilfe gegenüber einem gleichaltrigen gesunden Kind benötigt wird. Ob und in welchem Umfang ein Mensch pflegebedürftig ist, wird im Rahmen einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellt. Hierzu führt dieser eine Untersuchung des Pflegebedürftigen in dessen Wohnbereich durch.

Leistungsumfang

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach der Pflegestufe und danach, ob jemand ambulant oder stationär gepflegt werden muss. Dabei gelten zwei Grundsätze: „Prävention (Vorsorge) und Rehabilitation (Wiederherstellung der Gesundheit) vor Pflege“ und „ambulante Pflege vor stationärer Pflege“.

Die häusliche Pflege hat Vorrang vor einer stationären Unterbringung. Aus diesem Grund legt das Gesetz seinen Schwerpunkt auf die Leistungen, die die Bedingungen für die häusliche Pflege verbessern und die Pflegenden entlasten. Die Höhe der häuslichen Pflegeleistungen richtet sich nach der jeweiligen Pflegestufe (siehe Tabelle). In der sozialen Pflegeversicherung steht dem Pflegebedürftigen ein Wahlrecht zwischen der Sachleistung (Pflegeeinsätze durch einen Vertragspartner der Pflegekasse, z. B. Sozialstation) und der Geldleistung (für eine selbst beschaffte Pflegekraft, mit der der Pflegebedürftige die er-

Gesetzliche Pflegeversicherung

forderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt, z. B. Angehörige) zu. Auch eine Kombination von Sach- und Geldleistungen ist möglich.

Weitere Leistungen der Pflegeversicherung sind:

- Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebett),
- Zuschüsse zum pflegebedingten Umbau der Wohnung bis zu 2.557 Euro je Maßnahme unter Berücksichtigung eines angemessenen Eigenanteils, wenn andere Finanzierungsmöglichkeiten ausscheiden,
- unentgeltliche Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Versicherte mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge erhalten, wenn sie in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, die jeweils zustehenden Leistungen nur zur Hälfte. Deshalb halbiert sich für sie der zu zahlende Beitrag. Privat pflegeversicherte Beamtinnen und Beamte erhalten alle genannten Leistungen entsprechend ihrem Beihilfeanspruch anteilig von ihrer privaten Pflegeversicherung.

Urlaubs-Pflegevertretung

Wenn die Pflegeperson, die einen Menschen ambulant pflegt, verreist oder aus anderen Gründen verhindert ist, hat der Pflegebedürftige einen Anspruch auf eine Vertretung, und zwar bis zu vier Wochen im Jahr bis zu gewissen Höchstwerten. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der ersten Inanspruchnahme dieser Leistung schon mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Teilstationäre und Kurzzeitpflege

Wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt wird, kann der Pflegebedürftige teilstationär in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege betreut oder – falls auch dies nicht ausreicht – in eine Kurzzeit-Pflegeeinrichtung aufgenommen werden. Dabei unterstützt die Pflegeversicherung, indem sie bestimmte Beträge übernimmt.



Zu versichernde Pflegeperson

Als in der Rentenversicherung zu versichernde Pflegeperson gilt jeder, der einen pflegebedürftigen Menschen nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegt.

Soziale Sicherung von Pflegepersonen

Wer einen Menschen zu Hause pflegt, nimmt große Belastungen auf sich. Häufig müssen die Pflegenden auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten. Deshalb gelten auch für Pflegenden besondere Regelungen, um zumindest eine Freistellung bzw. rentenrechtliche Berücksichtigung zu ermöglichen. Näheres hierzu ist im Pflegezeitgesetz geregelt.

Wer einen anderen Menschen pflegt und deshalb nicht oder nur bis zu 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sein kann, ist künftig in der gesetzlichen Rentenversicherung auf Antrag versicherungspflichtig. Die Beiträge übernimmt die Pflegeversicherung. Die Höhe der Beiträge richtet sich danach, wie schwer die Pflegebedürftigkeit ist und wie viel Zeit die Pflegeperson deshalb für die notwendige Betreuung aufwenden muss. Die Pflegenden

Gesetzliche Pflegeversicherung

genießen darüber hinaus während ihrer Pflegetätigkeit auch den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.

Stationäre Pflege

Ist eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht mehr möglich, greifen die stationären Pflegeleistungen, die bei Bedarf in Härtefällen für Schwerstpflegebedürftige nochmals aufgestockt werden können. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muss der Versicherte – wie bei der häuslichen Pflege auch – selbst tragen.

Erweiterungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz soll die Pflegeversicherung ab dem Jahr 2008 besser auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgerichtet werden. Dabei ist insbesondere vorgesehen:

- Schaffung von Pflegestützpunkten
- Einführung einer Pflegezeit
- Ambulante und stationäre Leistungen werden schrittweise angehoben
- Menschen mit der so genannten Pflegestufe 0 können künftig Leistungen erhalten
- Pflegebedürftige und deren Angehörige werden über die Qualität jeder Pflegeeinrichtung informiert. Die Prüfungen der Pflegeeinrichtung müssen in einer ersten Runde bis Ende 2010 abgeschlossen sein. Danach erfolgen sie jährlich. Beurteilt wird nach dem Schulnotenprinzip, das heißt von „sehr gut“ bis „mangelhaft“.

Gesetzlich versicherte Beamte

Bei gesetzlich pflegeversicherten Versorgungsempfängern erfolgt die Verteilung der Leistungen zwischen Beihilfe und Pflegekasse nicht entsprechend dem Beihilfesatz von 70 Prozent und dem ergänzenden Satz von 30 Prozent – zu beachten ist hier § 28 Abs. 2 SGB XI, wonach Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, die jeweils zustehenden Leistungen bzw. den Wert der Sachleistungen zur Hälfte erhalten.

Änderungen bei der Beihilfe



Mit dem AboService „Beihilfe“ sind Sie immer top-aktuell informiert

Sichern Sie sich **1 x im Jahr** die aktualisierte Ausgabe zur Beihilfe zum Vorzugspreis von 5,00 Euro zzgl. 2,50 Euro Versandpauschale und Sie erhalten jeweils im Juli eines Jahres die Neuauflage.

Am besten sofort bestellen:

Telefon 02 11/7 30 03 35
Internet www.dbw-online.de



Unser Angebot – Ihr Vorteil

Selbsthilfeeinrichtungen
für den öffentlichen Dienst

VERSICHERUNGEN · Privat- und Diensthaftpflichtversicherung · Hausrat- und Glasversicherung · Kfz-Versicherung · Unfallversicherung · Kapital- und Risikolebensversicherung · Private Rente · Altersvorsorge · Direktversicherung · Riester-Rente · Ausbildungsversicherung · Aussteuerversicherung · Sterbegeldversicherung · Berufs- und Dienstunfähigkeitsabsicherung · Private Krankenversicherung · spezielle Beihilfetarife · Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte · Pflegeversicherung · Rechtsschutzversicherung · Wohngebäudeversicherung ·

BAUSPAREN · Baufinanzierung ·

Vermögensbildung · Beratung über staatliche Förderung und Eigentumsbildung ·

BANKDIENSTLEISTUNGEN · Girokonten ·

Bezügekonto für den öffentlichen Dienst · Abrufkredit · Kreditkarten · Privat- und Beamten-darlehen · Sparkonten · Homebanking · Sparbrief · ec-Cash · Investmentfonds · Wertpapiere ·

Reiseschecks · Anlagenberatung ·

AUTO UND EINKAUFSVORTEILE · Vorteile

beim Einkaufen · Autoclubs · Service rund ums Auto · Schutzbriefversicherung · Reise und Erholung · Kulturelle Veranstaltungen

Die private Krankenversicherung (PKV)

Die private Krankenversicherung (PKV) bietet im Unterschied zu der gesetzlichen Krankenversicherung eine Absicherung bei einem privatrechtlich organisierten Versicherungsunternehmen gegen z.B. Krankheitskosten. Ein Vertragsabschluss ist dabei z.B. von Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand, Einkommen und zu versichernder Leistung abhängig.

In der PKV können sich Personen versichern, für die keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht; also wenn das Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt sowie Beamte, Selbständige oder Freiberufler.

Die Beiträge sind dabei nicht vom Einkommen abhängig, dafür spielt das Eintrittsalter, ggf. die Berufsgruppe und der Gesundheitszustand eine Rolle. Der Gesundheitszustand kann dabei zu Risikozuschlägen bzw. zu Ausschlüssen oder der Ablehnung der Versicherung führen. Kontrahierungszwang besteht jedoch im Bereich des Basistarifs, den jede private Krankenversicherung anbieten muss.

Die Beiträge zur privaten Krankenversicherung berücksichtigen auch gesetzlich vorgeschriebene Altersrückstellungen, um überproportionale Beitragsanstiege im Alter zu vermeiden. Seit dem Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2007 können die auf den Basistarif bezogenen Alterungsrückstellungen zum nächsten Krankenversicherer mitgenommen werden.

In der privaten Krankenversicherung kann die Vertragsgestaltung in Bezug auf Leistungen oder Beiträge bzw. Beitragsrückerstattungen unterschiedlich ausgestaltet sein.

Eine Beitragsrückerstattung kann gewährt werden, wenn der Versicherte, je nach Versicherungsanbieter unterschiedlich, einen gewissen Zeitraum keine Leistungen in Anspruch genommen hat.

Der Versicherungsnehmer kann je nach seinen Bedürfnissen verschiedene Tarife individuell kombinieren, um für sich eine geeignete Absicherung zu gestalten. Dabei können verschiedene ambulante, zahnärztliche und stationäre Tarife kombiniert werden bzw. als Pakete angeboten werden. Dabei können auch Selbstbeteiligungen gewählt werden. Die Leistungen der PKV unterscheiden sich darüber hinaus nach Gesellschaft und Tarif. Versicherbar sind z.B.

- Ein- oder Zweibett-Zimmer bei stationärer Behandlung,
- freie Wahl der Klinik,
- Behandlung durch den Chefarzt,
- Zahnersatz (Hochwertige Kronen, Füllungen und Prothesen),
- kieferorthopädische Behandlungen,
- Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen),
- alternative Behandlungsmethoden und Medikamente,
- zuzahlungsfreie Massagen und Physiotherapie oder
- Psychotherapie.

In der privaten Krankenversicherung gibt es keine kostenlose Familienversicherung wie in der gesetzlichen Krankenkasse. Deshalb ist für jedes Kind ein eigener Beitrag zu zahlen. Eltern, die unterschiedlich versichert sind, haben die Wahl zwischen den beiden Systemen. Ist der Elternteil mit dem höheren Einkommen in der PKV versichert, ist jedoch keine kostenlose Familienversicherung in der GKV möglich, vielmehr muss der Mindestbeitrag entrich-

Private Krankenversicherung

tet werden. Wird ein Kind privat krankenversichert, muss dies nicht zwangsläufig beim Versicherer der Eltern geschehen.

Wartezeiten in der privaten Krankenversicherung

Begriffsbestimmungen

Wartezeiten können die Leistungen in den ersten Monaten nach Versicherungsbeginn einschränken. In dieser Zeit werden nur Leistungen bei Unfall übernommen. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie gilt für alle ambulanten Leistungen, ob Arzt, Heilpraktiker, Medikamente, Brille, Massagen etc. und auch für Behandlungen im Krankenhaus. Nach den Musterbedingungen des PKV-Verbands betragen die besonderen Wartezeiten acht Monate. Diese gelten insbesondere für Zahnbehandlungen, Zahnersatz oder kieferorthopädische Leistungen. Bei manchen Versicherern werden sie auch verkürzt, z.B. bei Schwangerschaft und Psychotherapie.

Wechsel aus der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung

Die Wartezeiten werden erlassen, wenn man lückenlos aus der bestehenden Krankenversicherung übergeht und dabei mindestens die drei bzw. acht Monate versichert war. In den allermeisten Fällen sind sie daher ohne Bedeutung. Der Nachweis der entsprechenden Vorversicherung muss erbracht werden. Er kann sich ggf. auch auf mehrere Versicherer erstrecken, falls man kürzlich die Kasse gewechselt hat.

Speziell bei Selbstständigen kommt es vor, dass man schon aus der Kasse ausgeschieden ist. Man kann den Beginn dann rückwirkend so legen, dass der lückenlose Anschluss entsteht. Für diesen Zweck ist es zulässig, den Beginn bis zu zwei Monate zurückzulegen. Damit entfallen die Wartezeiten natürlich. Es ist der volle Beitrag nachzuzahlen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass man rückwirkend noch Rechnungen aus dieser Zeit erstattet bekommt!

Keine unmittelbare Vorversicherung

Ist das Ausscheiden beim Vorversicherer länger als zwei Monate her, oder kommt man aus dem Ausland, bleibt nur noch das Attest für den Erlass der Wartezeiten. Oder man nimmt die Wartezeiten hin. War man jedoch schon länger nicht mehr versichert (ab drei Monate, z.T. erst ab sechs Monaten) bzw. nur im Ausland, ist das Wartezeit-Attest auch oft Voraussetzung für die Annahme bei der privaten Krankenversicherung. Bestimmte Versicherer erkennen Vorversicherungen bestimmter Länder an (meist aus Europa), sofern sie dann auch lückenlos sind. Übrigens, wenn die Lücke max. zwei Wochen ist, betrachten das die meisten Versicherer noch als „lückenlos“.

Wartezeit-Attest

Dies erfordert eine ausführliche ärztliche Untersuchung (nach einem Vordruck der jeweiligen Gesellschaft). Dies geht auf eigene Kosten und wird vom Arzt eigener Wahl gemacht. Vorzugsweise sollte dieser den Patienten bereits kennen. Ist man hiernach gesund, entfallen die Wartezeiten. Ein eventuell nötiger Risikozuschlag gefährdet den Wartezeit-Erlass nicht. Oft wird ein separates Attest vom Zahnarzt verlangt; daraufhin werden auch die acht Monate für die Zähne erlassen (bei manchen Versicherern gilt das nicht für Zahnersatz oder Kieferorthopädie).



Einige praktische Empfehlungen und Hinweise:

■ Rücktrittsrecht/Widerrufsrecht

Eine Rücktrittserklärung von einem Versicherungsvertrag kann innerhalb von 14 Tagen nach Unterzeichnung des Vertrages erfolgen.

■ Wartezeit

In der Regel liegt zwischen Versicherungsabschluss und Eintritt des Versicherungsschutzes nach den jeweiligen Vertragsbedingungen (bei gewissen Zusatzleistungen) eine Wartezeit von drei Monaten. Vorversicherungszeiten werden jedoch in der Regel angerechnet. Für einzelne Leistungen können aber längere Wartezeiten gelten.

■ Vorerkrankungen

Der Versicherungsschutz wird gefährdet, wenn es der Versicherungsnehmer unterlässt, wesentliche Krankheiten anzugeben (Risikozuschlag).

■ Kündigung

Private Krankenversicherungsverträge sind in der Regel jederzeit – unter Beachtung einer Kündigungsfrist – durch den Versicherungsnehmer kündbar, frühestens jedoch zum Ende des ersten Versicherungsjahres (in bestimmten Zweigen auch zum Ende des zweiten Versicherungsjahres). Gebildete Altersrückstellungen können inzwischen zu anderen Anbietern in gewissem Umfang mitgenommen werden! Aufgrund der Versicherungspflicht sollte die Anschlussversicherung geklärt sein.

■ Kontrahierungszwang

Darunter ist die Verpflichtung des Versicherers zur Annahme von Versicherten auch mit Risiken zu verstehen (siehe oben), der sich die meisten Versicherungsunternehmen angeschlossen haben. Fragen Sie bei Ihrer Versicherung nach, ob sie diese Verpflichtung eingegangen ist.

■ Doppelversicherung

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer bereits bestehende Krankenversicherungen anzuzeigen (Begrenzung des Versicherungsschutzes auf insgesamt 100 Prozent).

■ Altersrückstellung

Private Krankenversicherer müssen 90 Prozent der über dem gesetzlichen Rechnungszins von 3,5 Prozent hinausgehenden Zinserträge der Altersrückstellung zuführen. Außerdem muss bei Neuabschluss seit dem 1. Januar 2000 ein Zuschlag von zehn Prozent auf alle Vertragsbestandteile zum Aufbau der Altersrückstellung erhoben werden.

■ Beitragsanpassung

Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch in der privaten Krankenversicherung Beitragsanpassungen möglich. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen lassen ihre Tarife einmal jährlich von unabhängigen Treuhändern kalkulieren. Bei Veränderungen von mehr als fünf Prozent nach oben oder unten wird der Tarif angepasst.

Das ärztliche Attest kann je nach Versicherer einen unterschiedlichen Umfang verlangen. Einige Versicherer sind damit zufrieden, dass der Hausarzt die Zähne beurteilt. Dieses Attest muss zeitnah zum Antrag besorgt werden; idealerweise zusammen mit dem Antrag, jedoch nicht später als zwei Wochen danach.

Erhöhung des Versicherungsschutzes

Wartezeiten entstehen meist auch bei späterer Erhöhung des Versicherungsschutzes und sollten dabei bedacht werden. Dann gelten die drei bzw. acht Monate nur für die Mehrleistungen und so lange gilt noch der alte Schutz. Mitunter wird auch für diesen Fall ein Wartezeit-Attest zugelassen. Mehr Informationen unter www.pkv.de



Beamtinnen und Beamte benötigen private Krankenversicherung

Der Beihilfeanspruch wird aus Fürsorgepflicht des Dienstherrn (§ 80 IV Bundesbeamtengesetz) abgeleitet. Danach muss der Dienstherr Vorkehrungen dafür treffen, dass der amtsangemessene Lebensunterhalt des Beamten bei Eintritt besonderer finanzieller Belastungen durch Krankheits-, Pflege- und Geburtsfälle nicht gefährdet wird.

Es wird unterstellt, dass die Besoldung bereits Anteile zur Abwendung krankheitsbedingter Belastungen enthält. Die beamtenrechtliche Alimentation ist erst dann nicht mehr ausreichend, wenn sie infolge krankheitsbedingter Belastungen einen solchen Umfang erreicht, der die amtsangemessene Lebensweise des Beamten oder Versorgungsempfängers nicht mehr gewährleistet. Insofern ergibt sich aus diesen Grundsätzen des Alimentationsprinzips kein Anspruch auf einen vollen Aufwendungsersatz im Krankheitsfall. Beamte ohne ergänzenden Versicherungsschutz über die Beihilfe hinaus dürften daher die Ausnahme bilden; sind jedoch ab 01.01.2009 ebenfalls von der Versicherungspflicht umfasst.

Das Beihilfesystem stellt eine ergänzende Fürsorgeleistung des Dienstherrn dar, die nicht zum Kernbestand der hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums gehört. Der Dienstherr geht grundsätzlich davon aus, dass der Beamte sein Risiko im Krankheitsfall durch Abschluss einer privaten Restkostenversicherung minimiert. Ab 2009 besteht eine Verpflichtung zum Abschluss einer ergänzenden Versicherung. Da der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte nur 50 Prozent (bei zwei und mehr Kindern 70 Prozent, für Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Ehegatten 70 Prozent) beträgt, müssen Beihilfeberechtigte zum Ausgleich der verbleibenden Restkosten eine private Krankenversicherung abschließen. Diese Versicherungstarife sind auf den jeweiligen Bemessungssatz der Beihilfe abgestellt. Dem Prinzip der ergänzenden Hilfsleistungen entspricht der Grundsatz, dass Mehrerstattungen durch Beihilfe ausgeschlossen sind (100-Prozent-Grenze).

Besonders gute und leistungsfähige Beihilfetarife bieten die Krankenversicherer im DBW. Mehr Informationen unter www.die-beihilfe.de

Basistarif in der privaten Krankenversicherung

Die privaten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, ab 01.01.2009 einen Basistarif anzubieten. Dieser soll eine soziale Schutzfunktion in der privaten Krankenversicherung ermöglichen. Die Leistungen entsprechen dabei grundsätzlich denen in der gesetzlichen Krankenversicherung; die Abrechnung erfolgt „privat“ zu vertraglich festgelegten Sätzen – in der Regel nach den Gebührenordnungen für Ärzte bzw. Zahnärzte. Dabei wurden zwi-

Private Krankenversicherung

schen den Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem PKV-Verband und den Beihilfekostenträgern folgende Sätze vereinbart:

- Persönlich-ärztliche Leistungen: max. der 1,2-fache Steigerungssatz,
- Medizinisch-technische Leistungen: max. der 1,0-fache Steigerungssatz,
- Laborleistungen: max. der 0,9-fache Steigerungssatz.

Für Leistungspositionen der GOZ gilt maximal der 2,0-fache Steigerungssatz.

Der Basistarif kann mit Zusatzversicherungen gekoppelt werden; dabei können bereits vorhandene Altersrückstellungen eingebracht werden.

Die Beiträge richten sich nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherungsnehmers – nicht nach seinem Gesundheitsstatus; Risikoausschlüsse oder -zuschläge erfolgen nicht. Die Beiträge sind für Einzelpersonen auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV (zukünftig zusätzlich dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag) beschränkt, dieser beträgt 2011 rund 575 Euro (Beamte / Versorgungsempfänger jeweils entsprechend dem Beihilfebemessungssatz).

Bisher konnten Versicherte bei einem Wechsel der Versicherung ihre Alterungsrückstellungen nicht übertragen, sondern mussten sie neu aufbauen. Dies wird mit zunehmendem Alter problematisch. Mit der Gesundheitsreform wird die Übertragbarkeit bereits gebildeter Alterungsrückstellungen erleichtert:

Wer innerhalb seiner privaten Krankenkasse in einen anderen Tarif, z.B. den Basistarif, wechselt, nimmt die Alterungsrückstellungen wie bisher im vollen Umfang mit. Wer im ersten Halbjahr 2009 in den Basistarif einer anderen privaten Kasse wechselt, nimmt die Alterungsrückstellungen bis zum Umfang des Basistarifs zum neuen Versicherer mit.

Nach 18 Monaten können Sie in andere Tarife des gleichen privaten Krankenversicherungsunternehmens wechseln und die Alterungsrückstellungen bis zum Umfang des Basistarifs erneut mitnehmen. Dies gilt auch für einen Wechsel in den Basistarif anderer privater Krankenversicherungsunternehmen nach 18 Monaten.

Neuversicherte, die vom 1. Januar 2009 an einen neuen Vertrag mit einer privaten Krankenversicherung abschließen, können bei einem späteren Versicherungswechsel unabhängig von der Art des gewählten Tarifs die Alterungsrückstellungen bis zum Umfang des Basistarifs mitnehmen.

Es ist davon auszugehen, dass der Basistarif insbesondere für bislang Nichtversicherte und ältere Menschen oder kranke Menschen interessant ist. Da sich die Beiträge am Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren werden, wird sich der Basistarif nicht zum alternativen Billig-Tarif entwickeln. Insgesamt wurde der Tarif jedoch – wie auch andere Teile des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – im Juni 2009 vom Bundesverfassungsgericht bestätigt.

Fachklinik für Kinder- und Jugendmedizin



Kompetenzzentrum

für Kinder und Jugendliche mit
Diabetes und Adipositas



Rehabilitation (ehemals Sanatoriumsbehandlung) · Krankenhausbehandlung (anstelle einer Behandlung am Wohnort)

Unser Leistungsspektrum umfasst:

Rehabilitation · Sanatoriumsbehandlung · Stationäre Heilbehandlung
(anstelle einer Krankenhausbehandlung am Wohnort)

Die Fachklinik für Kinder- und Jugendmedizin im Haus Gothensee ist spezialisiert auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Stoffwechselerkrankungen (z.B. Adipositas, Diabetes Typ 1 und 2) sowie mit psychosomatischen Erkrankungen.

Interdisziplinäres Team:

Die unter ärztlicher Leitung stehende, interdisziplinäre Betreuung übernimmt ein erfahrenes Team aus Fachärzten für Pädiatrie, Innere Medizin mit der Subspezialisierung Diabetologen DDG, Facharzt für Dermatologie und Allergologie, Dipl.-Psychologen, Dipl.-Pädagogen, Erzieherinnen, Krankenschwestern, Bewegungs-, Sport- und Kunsttherapeuten, Ernährungsberaterinnen und Diabetesberatern DDG.

Wir verfügen über eine eigene Klinikschule – fragen Sie nach unseren Schwerpunktkursen!

**Individuelle Informationen unter unserer
kostenlosen Service-Hotline: 0800-22 22 456**



UNTERNEHMENSGRUPPE

MEDIGREIF

INSELKLINIKUM HERINGSDORF

HAUS GOTHENSEE

Eine Einrichtung der MEDIGREIF Unternehmensgruppe

Setheweg 11 · 17424 Ostseebad Heringsdorf
Tel.: 038378 59-185 und -188 · E-Mail: info@gothensee.medigreif-inselklinikum.de

www.inselklinik.de

Das Beihilferecht des Bundes

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge des Dienstherrn gegenüber dem Beamten und seiner Familie. Beihilfen werden in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen gewährt. Die Beihilfe ersetzt nicht die von dem Beamten für sich und seine Familie aus den laufenden Bezügen zu bestreitende Eigenvorsorge, sondern ergänzt diese. Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch.

Für den Bund ist dieser Anspruch in § 80 Bundesbeamtengesetz sowie seit dem 14. Februar 2009 durch die neu gestaltete Bundesbeihilfeverordnung geregelt.



Die wichtigsten Änderungen zur neuen Bundesbeihilfeverordnung im Überblick

- Vorlage des Versicherungsnachweises
- Reduzierung der Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Angehörige auf 17.000 Euro (mit Übergangsregelung)
- Nachweis des Einkommens für berücksichtigungsfähige Angehörige durch jährliche Vorlage des Steuerbescheides
- Zuordnung von Kindern bei mehreren Beihilfeberechtigten entsprechend dem Familienzuschlag
- Minderung der Beihilfe um 10,00 Euro je Quartal je behandelter Person mit Ausnahme von Kindern bis zum 18. Lebensjahres bei Inanspruchnahme von Leistungen einer Heilpraktikerin bzw. eines Heilpraktikers
- Erweiterung des Umfangs, Anpassung der Höhe und Eigenbehalte bei Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfe
- Befreiung von Eigenbehalten bei bestimmten Arzneimitteln
Wegfall von Eigenbehalten bei Arzneimitteln, wenn der Verkaufspreis mindestens 30 Prozent niedriger als der Festbetrag ist.

Änderungen über die Anerkennung beihilfefähiger Aufwendungen

- Ärztliche Bescheinigungen und Gutachten, die vom Dienstherrn oder der Beihilfefestsetzungsstelle benötigt werden (wie z. B. Dienstunfähigkeitsbescheinigung oder Gutachten für Rehabilitationsmaßnahmen) werden zu 100 Prozent von der Beihilfefestsetzungsstelle getragen.
- Aufwendungen für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind keine notwendigen Aufwendungen und somit nicht beihilfefähig.
- Neuregelung der Erstattung von Implantaten
Die medizinischen Indikationen für eine Implantatversorgung wurden dem aktuellen Stand der Zahnmedizin entsprechend überarbeitet. Ohne Indikationen sind zwei Implantate pro Kiefer beihilfefähig. Aufwendungen der Suprakonstruktion bei Implantatversorgung sind immer beihilfefähig.
- Bei der zahlenmäßigen Begrenzung der Beihilfe zu Implantaten dürfen zukünftig nur Implantate angerechnet werden, die ganz oder teilweise aus öffentlichen Kassen bezahlt worden sind.

Die Bundesbeihilfeverordnung

- Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahren nach Abschluss beihilfefähig, wenn die Beihilfestsetzungsstelle die vorangegangene kieferorthopädische Behandlung genehmigt hat.
- Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die außerhalb der EU entstanden sind, sind bis zu einer Höhe von 1000 Euro ohne Beschränkung beihilfefähig.
- Beihilfefähige Aufwendungen der vorübergehenden häuslichen Krankenpflege werden ohne zeitliche Begrenzung anerkannt.
- Anerkennung von Aufwendungen für häusliche Krankenpflege auch außerhalb des eigenen Haushalts.
- Anerkennung von Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.
- Anerkennung von Aufwendungen für Rehabilitationssport unter ärztlicher Aufsicht und entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining.
- Schaffung einer Härtefallregelung für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel.
- Änderungen im Bereich der Pflege: Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) werden wirkungsgleich in das Beihilferecht übernommen: z.B. Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberater, Verbesserung der Flexibilität zwischen häuslicher und teilstationärer Pflege oder der Möglichkeit des Erhalts des Pflegeplatzes bei vorübergehender Abwesenheit).



Weitere Veränderungen im Jahr 2011: Zweite Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung soll umgesetzt werden

Die Zweite Änderungsverordnung sieht vor, eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner als berücksichtigungsfähige Angehörige in die Bundesbeihilfeverordnung aufzunehmen. Dies soll rückwirkend zum 1. Januar 2009 umgesetzt werden. Im Hinblick auf die Geltendmachung von Abschlägen für Arzneimittel ist vorgesehen, dass die von den Beihilfeberechtigten vorgelegten Belege nicht mehr von der Beihilfestelle zurückgesandt werden, weil diese für Prüfzwecke bereitzuhalten sind. Hintergrund dafür ist, dass nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel alle Beihilfestellen sowie die privaten Krankenkassen - ebenso wie schon seit längerem in der gesetzlichen Krankenversicherung praktiziert - jetzt auch Rabatte für Arzneimittel geltend machen können. So können z.B. für verschreibungspflichtige Arzneimittel 6 % des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers (ohne Mehrwertsteuer) oder 10 % für patentfreie, wirkungsgleiche Arzneimittel geltend gemacht werden; keine Rabatte gibt es auf Festbetragsarzneimittel.

Beihilfeberechtigung – § 2 BBhV

Beihilfeberechtigt sind:

- Beamte und Richter, es sei denn, das Dienstverhältnis ist auf weniger als ein Jahr befristet und sie sind nicht mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt,

Die Bundesbeihilfeverordnung

- Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
- Witwen, Witwer sowie Kinder (Waisen und Halbwaisen) eines verstorbenen Beamten auf Lebenszeit, verstorbenen Ruhestandsbeamten oder verstorbenen Beamten auf Probe, der an den Folgen einer Dienstbeschädigung gestorben ist.

Die Beihilfeberechtigung besteht, wenn die genannten Personen Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren aufgrund gesetzlichen Anspruchs, Witwen-/Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten oder wenn wegen anzuwendender Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften Bezüge nicht bezahlt werden. Bei Urlaub bis zu einem Monat unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung bleibt die Beihilfeberechtigung bestehen. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter sind nicht beihilfeberechtigt.

Berücksichtigungsfähige Angehörige – § 4 BBhV

Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Unter berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind der Ehegatte des Beihilfeberechtigten, der nicht selbst beihilfeberechtigt ist, sowie die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten zu verstehen. Die Mutter eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt ebenfalls als berücksichtigungsfähige Angehörige.

Die Aufwendungen des Ehegatten sind nicht beihilfefähig, wenn dessen Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe einen Gesamtbetrag von 17.000 Euro übersteigen. Jedoch besteht eine Übergangsregelung für Ehegatten, die bislang die 18.000 Euro-Grenze in Anspruch genommen haben: Hier bleibt es bis zum erstmaligen Überschreiten bei der alten Grenze. Grundsätzlich ist für berücksichtigungsfähige Angehörige durch jährliche Vorlage des Steuerbescheides das jeweilige Einkommen nachzuweisen! Ist der berücksichtigungsfähige Angehörige nach beamtenrechtlichen oder anderen Vorschriften selbst beihilfeberechtigt, so geht diese eigene Beihilfeberechtigung einer Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

Beihilfe für Aufwendungen eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen wird bei mehreren Beihilfeberechtigten nur einem von ihnen gewährt.

Vorlage des Versicherungsnachweises – § 10 Abs. 2 BBhV

Ab 1.1.2009 sind auch Beamte mit Wohnsitz in Deutschland von der Krankenversicherungspflicht erfasst und müssen über den von der Beihilfe nicht gedeckten Teil („Restkostenversicherung“) eine ergänzende Versicherung abschließen. Wird der Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen, liegt die Voraussetzung zur Zahlung einer Beihilfe nicht vor, es sei denn, der oder die Beihilfeberechtigte verfügt rechtmäßig über keinen Krankenversicherungsschutz. Dabei besteht für vor dem 1.4.2007 abgeschlossene Verträge Bestandsschutz, falls hier ambulante oder stationäre Leistungen vereinbart worden sind.



Beihilfe bei familienbedingter Teilzeit und Beurlaubung

Beamtinnen und Beamten mit familienbedingter Teilzeit bzw. Beurlaubung nach § 92 Abs. 1 Bundesbeamtengesetz steht während dieser Zeit ebenfalls ein Beihilfeanspruch zu:

■ Während der Zeit der Beurlaubung ohne Besoldung besteht in diesen Fällen ein Anspruch auf Leistungen der Krankheitsfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen. Dies gilt nicht, wenn die Beamtin oder der Beamte berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger einer oder eines Beihilfeberechtigten wird oder in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist.

■ Beamtinnen und Beamte, die die Voraussetzungen des Pflegezeitgesetzes erfüllen, erhalten für die Dauer der Pflegezeit Leistungen entsprechend § 44a Abs. 1 SGB XI.



§ 193 Versicherungsvertragsgesetz

Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder [...].

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

Bemessungssätze – § 46 BBhV

Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. Der Bemessungssatz beträgt für beihilfefähige Aufwendungen

- des Beihilfeberechtigten 50 Prozent
- des Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr Kindern. 70 Prozent
- des beihilfeberechtigten Versorgungsempfängers. 70 Prozent

Die Bundesbeihilfeverordnung

- des berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 Prozent
- eines berücksichtigungsfähigen Kindes 80 Prozent
- einer Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist 80 Prozent

Wenn beide Ehegatten jeweils selbst beihilfeberechtigt sind und zwei oder mehr berücksichtigungsfähige Kinder haben, erhält nur ein Ehegatte 70 Prozent.

Beihilfen für ein Kind, das bei zwei Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist

Ein Kind das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, der den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags für das Kind erhält. Da der Familienzuschlag an das Kindergeld gekoppelt ist, wird so jedes Kind einem Beihilfeberechtigten fest zugeordnet. Diese feste Zuordnung wird von der Beihilfe übernommen: Bei zwei Beihilfeberechtigten kann immer nur einer der beiden Beihilfen für ein Kind geltend machen; ein Wahlrecht gibt es nicht. Mit der Entscheidung, wer das Kindergeld - und damit den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag - für ein Kind bekommt, fällt zugleich die Entscheidung, wer Beihilfen für ein Kind beantragen kann. Die Regelung, dass ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt wird, der den Familienzuschlag für das Kind erhält, gilt ausnahmsweise nicht für Personen, die Anspruch auf truppenärztliche Versorgung haben oder heilfürsorgeberechtigt sind.

Zuordnung zum erhöhten Bemessungssatz von 70 Prozent aufgrund von mindestens zwei Kindern im Familienzuschlag

Den Bemessungssatz von 70 Prozent bei zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern erhalten nur diejenigen, die den Familienzuschlag beziehen.



Beispiel

Ein beihilfeberechtigtes Ehepaar hat zwei Kinder im Familienzuschlag, wobei jeder Ehepartner für ein Kind Kindergeld bekommt. Für den Bemessungssatz der beiden Beihilfeberechtigten bedeutet dies, dass jeder der beiden Beihilfen für sich selbst nur zu 50 Prozent erhält.

Bei einem Wechsel, wonach nur noch einer der beiden beihilfeberechtigten Ehepartner das Kindergeld für beide Kinder erhält, beträgt der Bemessungssatz für diesen Ehepartner 70 Prozent, für den anderen beihilfeberechtigten Ehepartner weiterhin 50 Prozent. Ein Wahlrecht ist somit entfallen.

Die Bundesbeihilfeverordnung



Zuschüsse zur privaten Krankenversicherung

Beziehen Sie als Beihilfeberechtigter des Bundes bzw. Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen Zuschüsse aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen zur privaten Krankenversicherung?

Übersteigt dieser Zuschuss den Betrag von 41 Euro reduziert sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 Prozentpunkte. Diese Regelung ist überwiegend für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger von Bedeutung, die neben ihren Versorgungsbezügen eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und entsprechend der Rentenhöhe einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen erhalten. Den Folgen dieser Regelung können Beihilfeberechtigte entgehen, indem sie auf den Teil des Beitragszuschusses verzichten, der über 40,99 Euro hinausgeht.



Beihilfeberechtigung in der Elternzeit

Beamtinnen und Beamte haben Anspruch auf Elternzeit ohne Dienst- bzw. Anwärterbezüge; dies regelt die Elternzeitverordnung. Während der Elternzeit besteht Anspruch auf Beihilfe bzw. Heilfürsorge. Dabei werden Beamtinnen und Beamten für die Dauer der Elternzeit die Beiträge zur ergänzenden Kranken- und Pflegeversicherung bis zu monatlich 31 Euro erstattet, wenn die Dienst- oder Anwärterbezüge die Versicherungspflichtgrenze in der GKV nicht überschreiten. Bei gemeinsamer Elternzeit steht der Betrag nur dem Elternteil zu, bei dem das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt wird oder berücksichtigt werden soll. Auf Antrag können die Beamten bis BesGr. A 8 die Beiträge in voller Höhe erstattet bekommen. Für freiwillig in der GKV versicherte Beamte bestehen ebenfalls Erstattungsregelungen.

Beihilfeantrag – § 51 BBhV

Beihilfen werden nur auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt. Die Beihilfestelle hält hierfür entsprechende Formblätter bereit. Der Beihilfeantrag ist mit einer Zusammenstellung der Aufwendungen an die zuständige Festsetzungsstelle zu richten. Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen; Zweitschriften sind grundsätzlich ausreichend. Zusätzlich können Beihilfeanträge inzwischen auch elektronisch eingereicht werden. Jeder Beleg muss die spezifizierten Leistungen unter Angabe der einzelnen Ziffern der Gebührenordnung enthalten. Arzneimittelrezepte müssen mit einer Pharmazentralnummer versehen sein, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden. Auf der Arzt- bzw. Krankenhausrechnung muss die Diagnose angegeben sein. Bestimmte Behandlungsmethoden sind vor Behandlungsbeginn zu beantragen (u.a. Reha-, oder Suchtbehandlungen).



Achtung Fristen:

Aufwendungen, die nicht innerhalb eines Jahres nach dem Zeitpunkt ihrer Entstehung (Inanspruchnahme des Arztes, Tag der Krankenhausbehandlung, des Einkaufs von Arzneien oder Hilfsmitteln, der Heilbehandlung) oder spätestens ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung geltend gemacht werden, verfallen.

Die Bundesbeihilfeverordnung

Daneben gibt es weitere Voraussetzungen, die bei der Verjährungsfrist zu beachten sind:

- bei Pflegeleistungen ist der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde (also am Ende jedes Monats der häuslichen Pflege),
- hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

Bei der Jahresfrist wird der Tag des Rechnungsdatums nicht mitgerechnet. Aufwendungen, für die zum Beispiel am 11.12.2008 eine Rechnung ausgestellt worden ist, können berücksichtigt werden, wenn der Antrag am 11.12.2009 bei der Beihilfestelle vorliegt. Bei Versäumnis dieser Frist ist aber die „Wiedereinsetzung in den vorigen Stand“ möglich, wenn jemand ohne Verschulden verhindert war. Ein Antrag auf „Wiedereinsetzung“ ist innerhalb von zwei Wochen nach Wegfall des Hindernisses zu stellen.

Antragsgrenze:

Gewährt wird Beihilfe erst dann, wenn die geltend gemachten Aufwendungen den Betrag von 200,00 Euro übersteigen. Bei drohender Verjährung bzw. bei Härten kann die Festsetzungsstelle Ausnahmen zulassen.

Keinen Anspruch auf Beihilfe haben Beihilfeberechtigte, wenn die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit versäumt wurde – es sei denn, dass das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit vorlagen.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Beihilfe wird gewährt, wenn die Aufwendungen beihilfefähig sind und im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht bzw. bei Angehörigen diese/r berücksichtigungsfähig ist. Beihilfefähig sind Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind sowie die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Über die Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle, die hierzu auch ein Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes/-zahnarztes einholen kann. Als Maßstab gilt für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen ausschließlich der Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Dabei wird nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen sofern keine begründeten besonderen Umstände

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

... müssen dem Grunde nach notwendig sein

Notwendig ist, was der Arzt verordnet.
Überprüfung nur in begründeten Zweifeln.
Probleme bei wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Maßnahmen.

... müssen der Höhe nach angemessen sein

Beurteilung erfolgt aufgrund

- GOÄ
- GOZ
- Gebührenverzeichnis Heilpraktiker jeweils bis zum Schwellenwert (2,3fach Arzt, 1,15fach Labor). Ausnahmen sind zu begründen.

Die Bundesbeihilfeverordnung

eine Ausnahme rechtfertigen. Im Basistarif gelten dabei abweichend die jeweils vertraglich vereinbarten Gebührensätze als angemessen; Besonderheiten bei der Angemessenheit gelten bei im Basistarif der privaten Krankenversicherung Versicherten, vgl. hierzu Kapitel „Private Krankenversicherung“.

Abrechnungsgrundlagen

Ärztliche Leistungen können nur nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt werden. Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den

§

§ 5 GOÄ – Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

- (1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.
- (2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.
- (3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.
- (4) Gebühren für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses sowie für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.
- (5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.

Die Bundesbeihilfeverordnung

Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Wesentliche Kriterien für die Bemessung der Gebühren sind die Schwierigkeit und der Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie die Umstände bei der Ausführung der Leistung. Die Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen dürfen bei der Bemessung dieser Gebühren nicht herangezogen werden.

Die bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Leistungen privatärztlich berechneten GOÄ-Gebühren sind um 25 Prozent zu mindern. Den Belegärzten sind 15 Prozent abzuziehen (§ 6 a GOÄ).

Eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung kann zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vereinbart werden. Solche „Abdingungen“ sind nur im Einzelfall und nur dann zulässig, wenn sie vor dem Erbringen der Leistung in einem Schriftstück (einer schriftlichen Vereinbarung) festgelegt werden. Das Schriftstück muss die Nummer und die Bezeichnung der Leistung, den Steigerungssatz und den vereinbarten Betrag sowie die Feststellung enthalten, dass möglicherweise eine Erstattung der vereinbarten Vergütung durch die Erstattungsstellen (Krankenversicherung, Beihilfe) nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Eine Arztrechnung muss insbesondere enthalten

- das Datum der Erbringung der Leistung sowie die Diagnose,
- bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
- bei Gebühren für vollstationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen den Minderungsbetrag (15 bzw. 25 Prozent der Vergütung),
- bei Wegegeld und Reiseentschädigung den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
- bei Ersatz von Auslagen den Betrag und die Art der Auslage; bei Beträgen über 26,00 Euro, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen,
- bei Überschreitung der Regelspanne Angabe der konkreten Gründe für das Überschreiten.

Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

Auf den Seiten ➡ 39 bis 49 finden Sie das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) sowie die beihilfefähigen Höchstbeträge gemäß § 6 Abs. 3 Satz 3 BBhV.



Hinweis zur Abrechnung von Heilpraktikerleistungen

Aufgrund der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur Abrechnung von Heilpraktikerleistungen hat das Bundesministerium des Innern für den Bereich des Bundes angeordnet, Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern ohne Begrenzung auf den Mindestsatz des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker als beihilfefähig anzuerkennen sind. Dies betrifft nicht die übrigen Regelungen für die Beurteilung der Beihilfefähigkeit, insbesondere die Begrenzung durch den Schwellenwert des Gebührenrahmens der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen.



**Kostenlose Beratungs-Hotline:
0800 7777 456**

Gemeinsam gegen den Schmerz!

Die Schmerzklinik am Arkauwald ist auf die Behandlung chronischer Schmerzzustände verschiedenster Ursachen spezialisiert. Unsere Schwerpunkte sind unter anderem die Behandlung von Migräne, Kopf- und Gesichtsschmerzen, Rückenschmerzen, Morbus Sudeck und Fibromyalgie, auch mit psychischen Begleiterkrankungen (Burn out, depressive Störungen, Angststörungen).

Moderne Schmerzbehandlung = multimodale Schmerztherapie

Die multimodale Schmerztherapie ist interdisziplinär, setzt verschiedene Strategien gleichzeitig und nicht nacheinander ein und ist individuell auf die Erfordernisse des einzelnen Patienten zugeschnitten. Maßgeschneiderte Therapien sind der konventionellen „Behandlung von der Stange“ überlegen. Ein erfahrenes Team aus Fachärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Krankenschwestern und Gestaltungstherapeuten kombiniert schulmedizinische Behandlungsmethoden sinnvoll mit komplementären Therapien wie Naturheilverfahren und Akupunktur.

Unser Leistungsspektrum umfasst Rehabilitationsbehandlung (ehemals Sanatoriumsbehandlung) und Krankenhausbehandlung (im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie).

Wir beraten Sie individuell und senden Ihnen gerne umfassende Informationen. Rufen Sie uns unter unserer kostenlosen Beratungs-Hotline an!



Schmerzklinik am Arkauwald

Fachklinik für Spezielle Schmerztherapie und Schmerzpsychotherapie

Bismarckstr. 52 · 97980 Bad Mergentheim

Kostenlose Beratungs-Hotline: 0800 7777 456

E-Mail: schmerz@schmerz.com

www.schmerz.com

Die Bundesbeihilfeverordnung

Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) sowie beihilfefähige Höchstbeträge gemäß § 6 Abs. 3 Satz 3 BBhV

Nr.	Leistungsübersicht	BhV		Bemerkungen
		von – bis	Beihilfe-fähiger Höchst-betrag	
1	2	Euro		3
1 – 10	Allgemeine Leistungen			
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,30 bis 20,50	13,41	GOÄ Ziffer 6
2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie	15,40 bis 41,00	41,00	GOÄ Ziffer 30
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	bis 4,50	3,15	GOÄ Ziffer 2
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung	16,40 bis 22,00	20,11	GOÄ Ziffer 3 Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 4 wird nur als alleinige Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung	8,20 bis 20,50	10,72	GOÄ Ziffer 1 Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 5 wird nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	17,00 bis 24,50	14,80	GOÄ Ziffer 1 und Zuschlag A
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	19,50 bis 28,50	21,21	GOÄ Ziffer 1 und Zuschlag B
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags	15,40 bis 27,00	23,54	GOÄ Ziffer 1 und Zuschlag D Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Ziff. 6 bis 8 kann also nur erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war.

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebÜH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	von – bis	Beihilfe- fähiger Höchst- betrag	Bemerkungen
		Euro		
1	2	3	4	5
				Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.
9	Hausbesuch einschließlich Beratung			
9.1	bei Tag	21,50 bis 29,50	29,50	
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	24,00 bis 32,00	32,00	GOÄ Ziffer 50 und Zuschlag E
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	27,50 bis 36,50	36,50	GOÄ Ziffer 50 und Zuschlag G
10	Nebengebühren für Hausbesuche			
	Wenn der Heilpraktiker außerhalb seiner Praxis tätig sein muss, so hat er Anspruch auf Entschädigung für den Zeitaufwand während seiner Abwesenheit oder für den zurückgelegten Weg. Liegt der Ort der Behandlung bis zu 2 km von der Praxis entfernt, dann beträgt das Wegegeld:			
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag	bis 5,50	5,50	siehe § 8 GOÄ
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht	bis 10,50	10,50	siehe § 8 GOÄ
	Das Wegegeld wird ersetzt bei einer Entfernung von 2 bis 25 km			
10.3	durch Erstattung der Auslagen für öffentliche Verkehrsmittel			siehe § 8 GOÄ
10.4	durch besondere Vereinbarung mit dem Patienten, wie Gestellung eines Transportmittels. Hierbei besteht nur Anspruch auf Vergütung der Zeitversäumnis.			siehe § 8 GOÄ
	Bei Benutzung des eigenen Fahrzeuges für den zurückgelegten Kilometer			
10.5	bei Tag	bis 1,25	1,25	siehe § 8 GOÄ
10.6	bei Nacht	bis 2,50	2,50	siehe § 8 GOÄ
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden.	bis 0,25	0,25	Anmerkung: Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt. (vgl. § 9 Abs. 2 Ziffer 1 GOÄ)

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebÜH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	von – bis	Beihilfe- fähiger Höchst- betrag	Bemerkungen
		Euro		
1	2	3	4	5
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Anrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.	10,50 bis 20,50	20,50	
11	Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen			
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten	3,60 bis 15,50	5,36	Bescheinigung
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzellig maschinengeschrieben)	10,30 bis 20,50	A 17,43 B 20,50	Krankheitsbericht Gutachen o.n. Begründung
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	10,50 bis 26,00	9,38	Anmerkung: Die Vervollständigung vorgefertigter Diätpläne ist nicht berechnungsfähig.
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen			
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich	bis 3,10	3,10	Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker usw.)	bis 4,60	4,60	
12.4	Harnuntersuchung, nur sediment	bis 4,60	4,60	
12.5	Carzinochrom-Reaktion (CCR)	bis 17,90	17,90	soweit nicht nach Nr. 1 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV ausgeschlossen
12.7	Blutstatus (nicht neben Ziff. 12.9, 12.10, 12.11)	bis 18,00	12,06	
12.8	Blutzuckerbestimmung	bis 8,00	2,68	
12.9	Hämoglobinbestimmung	bis 5,50	4,02	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	bis 7,70	7,70	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	bis 5,50	4,02 1,34	A = GOÄ-Ziffer 3550 B = GOÄ-Ziffer 3551

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebÜH		BhV		
Nr.	Leistungsübersicht	von – bis	Beihilfe- fähiger Höchst- betrag	Bemerkungen
		Euro		
1	2	3	4	5
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	bis 6,00	4,02	
12.13*)	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung	bis 9,50	6,70	
12.14*)	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang (z. B. Enzymdiagnostik, Nierenchemie, Blutsrumchemie, Stuhlchemie, Elektrolyse, Elektrophorese, Fermentchemie, pro Einzeluntersuchung)	bis 10,50	8,04	gilt abschließend auch für sonstige Laborleistungen; eine analoge Heranziehung des Abschnitts M der GOÄ ist nicht zulässig.
12.15*)	Kristallographie, Photometrie, pro Einzeluntersuchung	bis 10,50	5,36	Kristallographie nicht beihilfefähig.
13	Sonstige Untersuchungen			
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z. B. pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw.	10,50 bis 31,00	8,04	Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.
14	Spezielle Untersuchungen			
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes	5,20 bis 10,50	9,92	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes	5,20 bis 10,50	10,50	Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,20 bis 8,00	5,90	nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 erstattungsfähig.
14.4	Grundumsatzbestimmung mithilfe der Atemgasuntersuchung	10,30 bis 26,00	23,82	
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	10,50 bis 20,50	7,97	
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	26,00 bis 51,50	51,50	

*) Anmerkung: Die Art der Untersuchung bei Ziff. 12.13, 12.14 oder 12.15 ist anzugeben.

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebÜH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	von – bis	Beihilfe- fähiger Höchst- betrag	Bemerkungen
		Euro		
1	2	3	4	5
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	20,50 bis 31,00	15,95 26,54	bis zu 8 Abteilungen ab 9 Abteilungen
14.8	Oszillogramm-Methoden	5,20 bis 25,50	13,22	
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen	10,50 bis 25,50	9,79	Anmerkung zu Ziffer 14.9: Nicht neben Ziffer 1 oder 4 berechenbar
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessungen	bis 11.30	11.30	entspricht GoÄ 410 und Zuschlag 404
15	Fotoaufnahmen			
				nicht beihilfefähig; nach § 4 Abs. 3 GOÄ nicht gesondert berechenbar, da Kosten mit der Gebühr der Grundleistung abgegolten sind.
15.1	Fotoaufnahmen zu diagnostischen Zwecken, Aufnahmen schwarz/weiß (pro Augenpaar)	5,50 bis 15,50	0,00	
15.2	Vergroßerungen sowie Farbaufnahmen werden zum handelsüblichen Preis berechnet		0,00	Anmerkung: Fotografische Aufnahmen der Iris oder andere fotografische Aufnahmen, die zu diagnostischen Zwecken notwendig sind, sind zuvor mit dem Patienten zu vereinbaren. Fotoaufnahmen, die Studienzwecken des Heilpraktikers dienen, kommen nicht zur Berechnung.
16	Bioenergetische Verfahren			
16.1	Elektro-Neural-Diagnostik	10,50 bis 26,00	0,00	nicht beihilfefähig
16.2	Segmentdiagnostik, Maximaldiagnostik u. a.	5,20 bis 20,50	20,50	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2 a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Ziffer 1 und 4 berechenbar
16.3	Bioelektrische Funktionsdiagnostik	15,50 bis 41,00	0,00	nicht beihilfefähig
16.4	Hautwiderstandsmessungen Anmerkung: Art und Ziel der Untersuchung sind anzugeben.	5,20 bis 26,00	26,00	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2 a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Ziffer 1 und 4 berechenbar.

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebÜH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	von – bis	Beihilfe- fähiger Höchst- betrag	Bemerkungen
		Euro		
1	2	3	4	5
17	Neurologische Untersuchungen			
17.1	Neurologische Untersuchung Anmerkung: Die neurologische Untersuchung wird grundsätzlich nur durchgeführt, wenn sie für den Heilzweck oder für die Sicherung der Diagnose oder die Beobachtung des Heilungsverlaufes erforderlich erscheint.	5,20 bis 26,00	26,00	nicht neben Ziffer 1 und 4 berechenbar
18-23	Spezielle Behandlungen			
18	Heilmagnetische Behandlungen			nicht beihilfefähig; vgl. Nr. 1 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV
18.1	Einfache heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie nicht das gewöhnliche Maß einer Behandlung in zeitlicher Hinsicht überschreiten	5,50 bis 10,50	0,00	
18.2	Heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie in zeitlicher Hinsicht das gewöhnliche Maß überschreiten	8,00 bis 26,00	0,00	
19	Psychotherapie			nicht beihilfefähig gemäß § 18 Abs. 1 BBhV
19.1	Psychotherapie von halbstündiger Dauer	15,50 bis 26,00	0,00	
19.2	Psychotherapie von 50 bis 90 Minuten Dauer	26,00 bis 46,00	0,00	
19.3	Ausstellung eines psychodiagnostischen Befundes	15,50 bis 38,50	0,00	
19.4	Psychotherapeutisches Gutachten je zweizeiliger Schreibmaschinenseite	bis 15,50	0,00	
19.5	Psychologische Exploration mit eingehender Beratung	15,50 bis 46,00	0,00	
19.6	Anwendung und Auswertung von Testverfahren (TAT, TUA, Rorschach usw.)	15,50 bis 38,50	0,00	
19.7	Behandlung von Störungen der Sprechorgane je Sitzung	10,50 bis 31,00	0,00	Anmerkung: Die Honorare für eine ausgedehnte Spezialbehandlung von Sprechangst, Neurosen (Stottern), Honorare für spezielle ausgedehnte Sprechlehre, Kurse der Entwöhnungsbehandlung usw. sind besonders zu vereinbaren.
19.8	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	15,50 bis 26,00	0,00	

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebÜH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	von – bis	Beihilfe- fähiger Höchst- betrag	Bemerkungen
		Euro		
1	2	3	4	5
20	Atemtherapie, Massagen			Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	13,00 bis 31,00	8,92	
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u. a. Spezialnervenzpunktmassage	8,00 bis 15,50	6,82	
20.3	Bindegewebsmassage	8,00 bis 20,50	6,82	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	5,50 bis 10,50	4,72	
20.5	Großmassage	10,50 bis 18,00	6,82	
20.6	Sondermassagen (Unterwasserdruckstrahlmassage, Lymphdrainage, Schräglagebehandlung u. a.)	10,50 bis 20,50	9,86 6,82 6,82	A – GOÄ-Ziffer 527 B – GOÄ-Ziffer 523 C – GOÄ-Ziffer 516
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	10,50 bis 26,00	7,34	
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	5,50 bis 8,00	4,72	
21	Akupunktur			
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	10,30 bis 26,00	26,00	
21.2	Moxibustionen, Elektroakupunktur, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	5,20 bis 15,50	8,04	soweit nicht nach Nr. 1 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV ausgeschlossen
22	Inhalationen			
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaturen in der Sprechstunde ausgeführt werden	5,50 bis 13,00	3,99	
23	Aerosole			
23.1	Anwendung von Aerosolen mit Kompressor, Pressluft- bzw. Sauerstoffapparat	5,20 bis 15,50	9,02	soweit nicht nach Nr. 1 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV ausgeschlossen
24-30	Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen, Hautableitungsverfahren			
24	Eigenblut			soweit nicht nach Nr. 1 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV ausgeschlossen
24.1	Eigenblutinjektion	10,30 bis 13,00	12,07	
24.2	Eigenharninjektion	5,20 bis 13,00	13,00	
25	Injektionen, Infusionen			
25.1	Injektion, subkutan	bis 5,20	5,20	

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebÜH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	von – bis	Beihilfe- fähiger Höchst- betrag	Bemerkungen
1	2	3	4	5
		Euro		
25.2	Injektion, intramuskulär	bis 5,20	5,20	
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	bis 7,70	7,70	
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) pro Sitzung	7,20 bis 13,00	8,04	
25.5	Injektion, intraartikulär	5,20 bis 15,50	12,74	
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	7,70 bis 26,00	12,74	
25.7	Infusion	bis 8,70	8,70	
25.8	Dauertropfinfusion	bis 12,80	12,80	Anmerkung: Für die bei Infusionen gegebenenfalls einge- brachten Medikamente werden nur die nachweisbaren Eigenko- sten unter Angabe von Art und Menge der verbrauchten Präparate von den Leistungsträ- gern erstattet.
25.9	Gasgemischinjektionen (z. B. Ozon oder Sauerstoff), intramuskulär	7,70 bis 13,00	7,70	soweit nicht nach Nr. 2 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV ausgeschlossen
25.10	Gasgemischinjektionen, intraarteriell	13,00 bis 26,00	10,74	
25.11	HOT-Behandlung (Hämato gene Oxidationstherapie)	26,00 bis 51,50	0,00	nicht beihilfefähig: vgl. Nr. 1 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV
26	Blutentnahmen			
26.1	Blutentnahme	bis 3,60	3,60	
26.2	Aderlass	bis 12,80	12,80	
27	Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren			
27.1	Setzen von Blutegehn, ggf. einschließlich Verband	10,50 bis 31,00	5,90	
27.2	Skarifikation der Haut	5,50 bis 10,50	4,69	
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,20 bis 8,00	5,90	
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	10,50 bis 20,50	5,90	
27.5	Schröpfkopfmassage einschließl. Gleitmittel	5,20 bis 10,50	5,90	
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	10,50 bis 26,00	5,90	
27.7	Setzen von Fontanellen	5,20 bis 15,50	6,17	
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,20 bis 10,50	6,03	
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Ziffer 27.8)	5,20 bis 10,50	5,36	
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,20 bis 10,50	6,03	

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebÜH		BhV		
Nr.	Leistungsübersicht	von – bis	Beihilfe- fähiger Höchst- betrag	Bemerkungen
		Euro		
1	2	3	4	5
27.11	Baunscheidtieren	10,30 bis 20,50	20,50	
27.12	Biersche Stauung	5,20 bis 8,00	6,03	
28	Infiltrationen			
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	7,70 bis 15,50	10,72	
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	10,30 bis 20,50	17,43	
29	Roedersches Verfahren			
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	8,00 bis 15,50	5,90	
30	Sonstiges			
30.1	Spülung des Ohres	8,00 bis 15,50	6,03	
30.2	Anwendung der Beutelbegasung für ganze Extremitäten mit Ozon oder Sauerstoff	10,30 bis 36,00	36,00	soweit nicht nach Nr. 2 Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV ausgeschlossen
31	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes			
31	Abszesse u. a.			
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	5,20 bis 13,00	10,72	
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	5,20 bis 10,50	10,05	
32	Versorgung einer frischen Wunde			
32.1	bei einer kleinen Wunde	5,20 bis 10,50	9,38	
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	10,30 bis 15,50	15,50	
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)			
33.1	Verbände, jedes Mal	5,20 bis 15,50	6,03	
33.2	elastische Stütz- und Pflasterverbände	5,20 bis 15,50	8,71	
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband	5,20 bis 13,00	12,74	Anmerkung: Materialien kommen zum Gestehtpreis zur Berechnung.
34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung			
34.1	Chiropraktische Behandlung	10,50 bis 18,00	4,96	
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule	15,40 bis 19,00	19,00	Anmerkung: Bei einem mehr als dreimaligen gezielten Eingriff an der Wirbelsäule kann der Leistungsträger eine Begründung verlangen.
35	Osteopathische Behandlung			
35.1	des Unterkiefers	7,70 bis 15,50	13,41	
35.2	des Schultergelenkes	15,40 bis 26,00	26,00	

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebÜH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	von – bis	Beihilfe- fähiger Höchst- betrag	Bemerkungen
		Euro		
1	2	3	4	5
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarms und der Fußgelenke	15,40 bis 26,00	26,00	
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	5,20 bis 15,50	14,88	
35.5	des Daumens	5,20 bis 13,00	13,00	
35.6	einzelner Finger und Zehen	5,20 bis 13,00	12,47	
36	Hydro- und Elektrotherapie			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ).
	Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen			
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	5,20 bis 15,50	7,97	
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	5,50 bis 8,00	4,83	
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	7,70 bis 23,00	15,74	
36.4	Kneippsche Güsse	5,50 bis 8,00	4,83	
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
37.1	Teilhaßluftbad, z. B. Kopf oder Arm	5,50 bis 8,00	3,46	
37.2	Ganzhaßluftbad, z. B. Rumpf oder Beine	8,00 bis 10,50	5,35	
37.3	Haßluftbad im geschlossenen Kasten	5,20 bis 10,50	5,35	
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	8,00 bis 13,00	4,83	
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	7,70 bis 13,00	9,55	
38	Spezialpackungen			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
38.1	Fangpackungen	8,00 bis 15,50	3,67	
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	8,00 bis 15,50	3,67	
38.3	Paraffinganzpackungen	10,50 bis 23,00	3,67	
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	10,50 bis 31,00	3,67	Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder und Packungen evtl. unter Verwendung verschiedener Apparate werden nach vergleichbaren Positionen berechnet.
39	Elektrophysikalische Heilmethoden			beihilfefähig (außer Ziff. 39.10), wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)

Die Bundesbeihilfeverordnung

GebÜH		BhV		
Nr.	Leistungsübersicht	von – bis	Beihilfe- fähiger Höchst- betrag	Bemerkungen
		Euro		
1	2	3	4	5
39.1	einfache oder örtliche Lichtbestrahlung	5,50 bis 8,00	3,25	
39.2	Ganzbestrahlungen	7,70 bis 10,50	9,55	
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	5,50 bis 15,50	5,04	
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	5,50 bis 10,50	5,04	
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	5,50 bis 8,00	4,20	
39.7	Verschörfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	5,20 bis 10,50	10,19	
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	5,50 bis 15,50	3,88	
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	8,00 bis 18,00	3,88	
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	10,50 bis 20,50	0,00	nicht beihilfefähig, vgl. Nr. 2 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 2 BBhV
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	5,50 bis 31,00	5,04	
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z. B. Jono-Modulator	5,50 bis 26,00	5,04	
39.13	Ultraschall-Behandlung	5,50 bis 15,50	4,62	

**Änderungen der
Leistungsübersicht
finden Sie auch im Internet**

www.die-beihilfe.de

Die Bundesbeihilfeverordnung

Dienstunfähigkeitsbescheinigung

Eine vorübergehende Dienstunfähigkeit in Folge von Krankheit kann künftig nur durch ärztliche Bescheinigung – und damit nicht mehr durch bislang oftmals anerkannte Bescheinigungen von Heilpraktikern nachgewiesen werden. Diese ärztlichen Bescheinigungen sind nach § 12 Satz 3 BBhV beihilfefähig.

Anrechnung von Leistungen

Stehen dem Beihilfberechtigten oder seinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen Ansprüche auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder anderweitige Kostenerstattung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Regelungen zu, werden in der Regel diese Ansprüche vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen. Dies gilt unabhängig davon, ob die anderweitig zustehenden Leistungen auch tatsächlich in Anspruch genommen wurden.

Nicht beihilfefähige Aufwendungen – § 8 BBhV

- Sach- und Dienstleistungen
- nicht von der Festsetzungsstelle veranlasste Gutachten
- Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere bei ästhetischen Operationen, einer Tätowierung oder eines Piercings,
- gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V. Werden letztere nicht nachgewiesen, gelten 15 Prozent der gewährten Leistungen als Abzugsbetrag.
- Aufwendungen, für die Schadensersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können, es sei denn, der Schadensersatzanspruch ist aufgrund gesetzlicher Regelungen auf den Dienstherrn übergegangen.
- Aufwendungen für Beamte, denen Heilfürsorge zusteht
- Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit des Ehegatten, der Eltern und der Kinder der behandelten Person bei der Heilbehandlung mit Ausnahme des Ersatzes der diesen Angehörigen nachweisbar entstandenen Sachkosten.



Einbeziehung von Heilpraktikerleistungen in die Praxisgebühr

Minderung der Beihilfe um 10,00 Euro je Quartal je behandelter Person mit Ausnahme von Kindern bis zum 18. Lebensjahres bei Inanspruchnahme von Leistungen einer Heilpraktikerin bzw. eines Heilpraktikers

Eigenbehalte und Belastungsgrenzen – § 49 und § 50 BBhV

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich in folgendem Umfang:

- um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 Euro, höchstens um 10 Euro, jeweils nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
 - a) Arznei- und Verbandmitteln
 - b) Hilfsmitteln (bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln höchstens 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation)
 - c) Fahrtkosten
- um 10 Euro je Kalendertag bei
 - a) vollstationären Krankenhausleistungen und im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr
 - b) Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege aus Anlass einer stationären Rehabilitationsbehandlung
- um 10 Prozent der Kosten und 10,00 Euro je Verordnung für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege
- um einen Betrag von 10,00 Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigten und je berücksichtigungsfähigen Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen, zahnärztlichen Leistungen sowie für die Inanspruchnahme von Leistungen von Heilpraktikern.

Erfolgreiches Marketing:

Print & Online Mit dem Deutschen Beamten- wirtschaftsring e.V. (DBW)!

Interesse?

Wir bieten:

**Anzeigenmarketing,
Frau Jäcker 0211 72134571**

**Wir freuen uns über Ihren Anruf
oder Ihre Mail
marketing@dbw-online.de**

Die Bundesbeihilfeverordnung

Dies gilt nicht bei Aufwendungen für

- a) Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen bei Fahrtkosten
- b) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung
- c) ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- d) Leistungen im Rahmen von Heilbehandlungen und bei bestimmten Hilfsmitteln, soweit vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind

Auf Antrag werden diese Abzugsbeträge nicht mehr berücksichtigt, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres die Belastungsgrenze für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen überschreiten. Die Belastungsgrenze beträgt

- zwei Prozent des jährlichen Einkommens (Bruttoehgatteneinkommen) des vorangegangenen Kalenderjahres;
- für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, ein Prozent des jährlichen Einkommens (Bruttoehgatteneinkommen) des vorangegangenen Kalenderjahres.

Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. 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 Prozent und
- für jedes Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres um den Kinderfreibetrag nach dem Einkommensteuergesetz.



Praxisgebühr auch für Beamte!

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 30 April 2009 (AZ.: BVerwG 2 C 127.07 und BVerwG 2 C 11.08) entschieden, dass auch Beamte und ihre beihilfeberechtigten Familienangehörigen die sogenannte Praxisgebühr zu zahlen haben. Die Entscheidung des Gerichts erging auf der Grundlage der in den Jahren 2004 bis 2007 anzuwendenden Beihilfavorschriften des Bundes. Ähnlich nach heutigem Recht wurde die Beihilfe für ambulante ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen grundsätzlich um 10 Euro je Quartal je Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen gekürzt.

Die Praxisgebühr ist somit mit höherrangigem Recht vereinbar. Insbesondere ist die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber seinen Beamten nicht verletzt. Die damaligen Beihilfavorschriften stellen sicher, dass die Kürzung der Beihilfe durch die Praxisgebühr für den Beamten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen zumutbar ist. So entfällt die Praxisgebühr, wenn sie zusammen mit den nicht erstatteten Aufwendungen insgesamt 2 Prozent des jährlichen Einkommens überschreitet. Für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze sogar 1 Prozent des jährlichen Einkommens.



Befreiung von Eigenbehalten bei bestimmten Arzneimitteln

Liegt der Verkaufspreis mindestens 30 Prozent niedriger als ein festgesetzter Festbetrag, entfallen die Eigenbehalte bei diesen Arzneimitteln!



Zusätzliche Härtefallregelung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Sicherung der amtsangemessenen Alimentation

Grundsätzlich sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht beihilfefähig, aus Gründen der Fürsorgepflicht hat das Bundesverwaltungsgericht jedoch die Notwendigkeit einer Härtefallregelung gesehen.

Damit sind Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel auf Antrag rückwirkend seit dem 1. Januar 2007 beihilfefähig, soweit sie im Kalenderjahr 2 Prozent (bei chronisch Kranken 1 Prozent) des Brutto-Jahreseinkommens übersteigen. Dabei werden nur ärztlich verordnete, medizinisch notwendige und angemessene Arzneimittel, zu denen es keine oder nur eine dem Patienten unverträgliche verschreibungspflichtige Alternativmedikation gibt, berücksichtigt. Diese zweite Belastungsgrenze gilt neben der allgemeinen Belastungsgrenze.

Aufwendungen bei Krankheit

Beihilfefähig sind Aufwendungen für:

- ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sowie Leistungen eines Heilpraktikers,
- die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker dabei verbrauchten oder schriftlich verordnete Arznei-, Verbandmittel und dergleichen (§22 BBhV).

Dies gilt nicht für

- verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind,
- Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind.

Ausgenommen sind solche Arzneimittel

- a) für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr,
- b) für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
- c) apothekenpflichtig und in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen bei einer ambulanten Behandlung verbraucht wurden oder
- d) bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und werden mit dieser Begründung von der Ärztin oder dem Arzt ausnahmsweise verordnet wurden. Das Bundesministerium des Innern wird in Verwaltungsvorschriften die entsprechenden Arzneimittel zu bestimmen.

Die Bundesbeihilfeverordnung

Weitere beihilfefähige Leistungen:

- Psychotherapeutische, psychosomatische Leistungen bzw. Verhaltenstherapie (§§18 ff)
- vom Arzt schriftlich verordnete Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe nach Anlage 4,
- Komplextherapien: Behandlung durch berufsgruppenübergreifende Teams (§ 24 BBhV)
- Anschaffung (gegebenenfalls Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Dazu zählen nicht die Geräte, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzuordnen sind,
- Sehhilfen unter den besondere Voraussetzungen des (§ 25 BBhV i.V.m. Ziffer 4 der Anlage 5),
- die voll- und teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 26 BBhV (Wahlleistungen: gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen, gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich) sowie die Unterbringung einer Begleitperson soweit aus medizinischen Gründen geboten,
- häusliche Krankenpflege (§ 27 BBhV).
- Familien- und Haushaltshilfe (§ 28 BBhV),



Behandlung in Privatkliniken

Für Behandlungen in Privatkliniken – d.h. Kliniken, die weder das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung anwenden – sind Aufwendungen für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für entsprechende Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung beihilfefähig. Bei diesem Vergleich werden keine Wahlleistungen berücksichtigt. Bei der Beihilfestelle kann vor Aufnahme eine Übersicht über die voraussichtlich anfallenden Kosten zur Prüfung eingereicht werden.

- Fahrtkosten – ausgenommen die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise (§31 BBhV) nach Anwendung des Bundesreisekostengesetzes (Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 1 BRKG: 20 ct/km),
- Unterkunftskosten bei notwendiger auswärtiger Leistungen, ggf. auch für medizinisch notwendige Begleitpersonen bis zu 30 € (§ 32 BBhV)
- besondere Behandlungen bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheiten, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung bzw. positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (§ 33 BBhV)
- Soziotherapie (§ 30 BBhV)
- verschiedenste Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 33ff BBhV).
- Aufwendungen für künstliche Befruchtung nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenkasse (§43 BBhV),
- Sterilisation, die auf Grund einer Krankheit erforderlich ist sowie
- für einen nicht nichtrechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch.



„Künstliche Befruchtung“ § 27a SGB V

(1) Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn

1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist.

(2) ¹Absatz 1 gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. ²Bei anderen Inseminationen ist Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz und Nr. 5 nicht anzuwenden.

(3) ¹Anspruch auf Sachleistungen nach Absatz 1 besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. ²Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. ³Die Krankenkasse übernimmt 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 1.

Weitere Informationen bietet die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur „künstlichen Befruchtung“, die Sie herunterladen können unter www.die-beihilfe.de/richtlinie_kuenstliche_befruchtung



„Viagra“ nicht beihilfefähig

Das Bundesverwaltungsgericht hat am 28.05.2008 (BVerwG 2 C 24.07 und 2 C 108.07) entschieden, dass Aufwendungen für potenzsteigernde Arzneimittel („Viagra“ u. ä. Präparate) nicht beihilfefähig sind.

Aufwendungen für potenzsteigernde Arzneimittel („Viagra“ und ähnliche Präparate) sind im Geltungsbereich der BhV auch dann nicht beihilfefähig, wenn die Mittel dem Beamten zum Ausgleich der Folgen einer schweren Erkrankung wie etwa einer krebserkrankten Entfernung der Prostata ärztlich verschrieben worden sind.

Anders als das Berufungsgericht hat das Bundesverwaltungsgericht keinen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) darin gesehen, dass die Beihilfeschichten des Bundes in Übereinstimmung mit entsprechenden Bestimmungen, die für die gesetzlich Krankenversicherten gelten, die Beihilfefähigkeit für diese Medikamentengruppe ausschließen. Der Ausschluss beruht auf der Erwägung, dass diese Mittel ungeachtet der krankheitsbedingten Ursache der behandelten Leiden nicht erforderlich sind, um einen vom Willen und vom Verhalten des Patienten unabhängigen Leidenszustand zu beseitigen oder zu lindern und deshalb zu den Arzneimitteln zu rechnen sind, die in ihrer Wirkung nicht von sog. Lifestyle-Produkten abzugrenzen sind, von denen auch Gesunde Gebrauch machen. Das Bundesverwaltungsgericht sieht es als gerechtfertigt an, diese Fallgruppe anders zu behandeln als die Fallgruppe behandlungsbedürftiger Leiden, die unbehandelt unzumutbare Beschwerden nach sich ziehen oder gar zu einer weiteren Gesundheitsverschlechterung führen. Mit seiner Entscheidung weicht das Bundesverwaltungsgericht von seiner früheren Entscheidung aus dem Jahr 2003 ab, in der es die Beihilfefähigkeit solcher Mittel noch bejaht hatte. Die jetzige Entscheidung beruht auf einer 2004 in Kraft getretenen Änderung der Beihilfeschichten, mit der das Bundesinnenministerium auf die frühere Entscheidung reagiert hatte.

Änderungen bei der Beihilfe



Mit dem AboService „Beihilfe“ sind Sie immer top-aktuell informiert

Sichern Sie sich **1 x im Jahr** die aktualisierte Ausgabe zur Beihilfe zum Vorzugspreis von 5,00 Euro zzgl. 2,50 Euro Versandpauschale und Sie erhalten jeweils im Juli eines Jahres die Neuauflage.

Am besten sofort bestellen:

Telefon 02 11/7 30 03 35

Internet www.dbw-online.de

Die Bundesbeihilfeverordnung

Anlage 4 zu § 23 Abs. 1 BBhV

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	I. Inhalationen¹⁾	
1	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
	II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
4	Krankengymnastische Behandlung ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage –	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung ^{2,3)} auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Behandlung ^{2,3)} auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Muskoviscidosis als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2–5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen ²⁾	7,70
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ^{2,4)} , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik ⁷⁾ – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie ^{10,11)} , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT ¹²⁾ Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	5,20
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perlsches Gerät, Schlingentisch)	6,70
	III. Massagen	
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) ²⁾	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50
	b) Großbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	39,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁴⁾	8,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmeßeinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10
	IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
21	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30

Die Bundesbeihilfeverordnung

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
22	a) Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – – bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) – bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid ■ Teilpackung ■ Großpackung	11,80 20,50 28,20
	b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung) – Anwendung von Lehm, Quark o. ä. – Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	7,70 15,40
	d) Heublumensack, Peloidkomresse	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
	23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss
b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss		4,60
c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung		4,10
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	20,–
25	a) Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	9,20
	b) Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30
26	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,–
27	a) Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	39,90
28	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
	a) Teilbad b) Vollbad	28,70 32,80
29	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,50
d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10	
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erf. Nachruhe –	19,50 22,50

Die Bundesbeihilfeverordnung

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit orts gebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter Nummern 30 a bis c und 31 b angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 d beihilfefähig.	21,– 18,50 3,10
	V. Kälte- und Wärmebehandlung	
32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Komresse, Eisbeutel, direkte Abreibung) b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltglas, Kaltluft) großer Gelenke	9,80 6,70
33	Eisteilbad	9,80
34	Heißluftbehandlung [®] oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot–) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
	VI. Elektrotherapie	
35	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese–	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39	Iontophorese	6,20
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,00
	VII. Lichttherapie	
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht [®] a) als Einzelbehandlung b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,10 2,60
43	a) Reizbehandlung [®] eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht b) Reizbehandlung [®] mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	3,10 5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
	VIII. Logopädie	
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall c) Ausführlicher Bericht	31,70 49,60 11,80
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen a) Mindestdauer 30 Minuten b) Mindestdauer 45 Minuten c) Mindestdauer 60 Minuten	31,70 41,50 52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	14,90 17,40

Die Bundesbeihilfeverordnung

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50	Einzelbehandlung a) bei motorischen Störungen, Mindestdauer 30 Minuten b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestdauer 45 Minuten c) bei psychischen Störungen, Mindestdauer 60 Minuten	31,70 41,50 54,80
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung a) Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer b) bei psychischen Störungen, Mindestdauer 90 Minuten je Teilnehmer	14,40 28,70
X. Podologische Therapie¹⁹⁾		
53	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
54	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
55	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
56	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
57	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nabelbearbeitung)	26,10
58	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nabelbearbeitung)	14,50
59	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
60	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der Ifd. Nummer 59 abrechenbar), je Person	3,50
XI. Sonstiges		
61	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
62	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
	Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 61 und 62 nur anteilig je Patient ansetzbar.	

- 1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
- 2) Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10, 12 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- 3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
- 4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
- 5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
- 6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
- 7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.
- 8) Das notwendige Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.
- 9) Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
- 10) Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden.
- 11) Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.
- 12) Die Leistungen der Nummern 4 bis 6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- 13) Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Checkliste: Krankenhausaufenthalt

1. Freie Krankenhauswahl

Unter sämtlichen Kliniken der Bundesrepublik, die ausschließlich Krankenhausbehandlung gewähren, können Sie in Abstimmung mit Ihrem behandelnden Arzt das für Ihre Behandlung geeignete Haus auswählen. Eine vorherige Leistungszusage Ihrer Versicherung ist nicht erforderlich.

2. Krankenhäuser mit Kur- und Rehabilitationsleistungen

Insbesondere in Kurorten gibt es auch Kliniken, die zusätzlich Kur- und Rehabilitationsleistungen anbieten oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Vor einer stationären Behandlung in solchen Einrichtungen sollten Sie eine schriftliche Leistungszusage Ihres Versicherers einholen.

3. Die Krankenaufnahme

Bei der Aufnahme in die Klinik schließen Sie einen Behandlungsvertrag ab, der Sie zur Zahlung der entstehenden Kosten verpflichtet. Ihre private Krankenversicherung erstattet diese Kosten im tariflichen Umfang. Beachten Sie dabei bei Fragen zu Wahlleistungen Ihren Versicherungsschutz! Die Erstattungszusage können Sie, wenn Sie sie nicht bereits haben, bei der Aufnahme ins Krankenhaus anfordern. Sofern Sie eine Klinik-Card haben, legen Sie diese vor. Wenn Sie eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen haben, erhalten Sie daraus ebenfalls Leistungen.

4. Die Wahlleistungen

Grundsätzlich erhalten alle Patienten die allgemeinen Krankenhausleistungen: Unterkunft, Pflege, Verpflegung im Mehrbettzimmer und medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte. Dafür berechnet das Krankenhaus Fallpauschalen, Sonderentgelte, Basis- und Abteilungspflegesätze oder eine Kombination dieser Entgelte. Zumeist werden zwei Wahlleistungen angeboten: Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung. Diese Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen, wenn Sie darüber bei der Aufnahme eine schriftliche Vereinbarung treffen. Nur dann werden die Kosten dafür von Ihrer Versicherung erstattet.

■ Ein- und Zweibettzimmer

Ist die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer nicht zufrieden stellend, können Sie diese Vereinbarung täglich kündigen. Das Krankenhaus verlangt für die besondere Unterbringung pro Tag einen Zuschlag: Dieser muss jedoch in einem angemessenen Verhältnis zu den dort angebotenen Leistungen stehen, d. h. je mehr Komfortleistungen (wie z. B. Fernseher, Radio, eigene Dusche, morgendliche Zeitung, etc.) angeboten werden, desto höher kann der Zuschlag ausfallen.

Zur Angemessenheit der Zuschläge haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung eine gemeinsame Empfehlung entwickelt.

■ Privatärztliche Behandlung

Für die privatärztliche Behandlung schließen Sie mit den beteiligten Chefärzten unmittelbar einen Vertrag. Die Ärzte liquidieren nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und dürfen nur Leistungen berechnen, die sie selbst erbracht haben. Die Gebührensätze dürfen in begrenztem Rahmen gesteigert werden: bei persönlichen Leistungen bis zum maximal 3,5fachen, bei überwiegend medizinisch-technischen Leistungen bis zum maxi-

Die Bundesbeihilfeverordnung

mal 2,5-fachen und bei Laborleistungen bis zum maximal 1,3-fachen. Ein Überschreiten der Regelsätze (2,3-, 1,8- und 1,15-fachen) muss auf der Rechnung verständlich und nachvollziehbar begründet sein. Eine Liquidation über die Höchstsätze der GOÄ hinaus ist nur mit besonderer schriftlicher Vereinbarung (der sog. Abdingung) möglich. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen durch Chefärzte dürfen nicht von einer Abdingung abhängig gemacht werden. Abdingungen bei medizinisch-technischen Leistungen sind grundsätzlich ausgeschlossen.

Jedoch erfolgt eine Kostenbegrenzung auf „Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung“, falls das Krankenhausentgeltgesetz bzw. die Bundespflege-satzordnung nicht angewendet werden (§ 26 Abs. 2 BBhV).

5. Die Entlassung/Kostenabrechnung

Nach der Entlassung erhalten Sie die Rechnungen der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte und – wenn Ihre Versicherung nicht unmittelbar an das Krankenhaus zahlt – auch die Pflegekostenrechnung. Diese Rechnungen können Sie auch unbezahlt bei der Versicherung einreichen. Arztrechnungen müssen Diagnose, Datum der Leistung, Gebührennummern, Leistungsbezeichnungen, die jeweiligen Kosten und zugrunde gelegten Steigerungssätze enthalten. Wenn Sie eine Krankenhaustagegeldversicherung haben, legen Sie Ihrer Versicherung eine Bescheinigung des Krankenhauses mit Diagnose und Dauer der stationären Behandlung vor, falls sich dies nicht aus den eingereichten Rechnungen ergibt.

Weitere Informationen zur privaten Krankenversicherung unter www.dbw-online.de

Änderungen bei der Beihilfe



Mit dem AboService „Beihilfe“ sind Sie immer top-aktuell informiert

Sichern Sie sich **1 x im Jahr** die aktualisierte Ausgabe zur Beihilfe zum Vorzugspreis von 5,00 Euro zzgl. 2,50 Euro Versandpauschale und Sie erhalten jeweils im Juli eines Jahres die Neuauflage.

Am besten sofort bestellen:

Telefon 02 11/7 30 03 35

Internet www.dbw-online.de

Zahnärztliche Leistungen – §§ 14ff BBhV

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind – im Rahmen der allgemeinen Beihilfegrundsätze der Angemessenheit und Notwendigkeit – beihilfefähig. Dabei erfolgt die Abrechnung nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

§

§ 5 GOZ (Auszugsweise)

Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

- ¹Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. ²Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. ³Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent.
- ¹Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. ²Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. ³Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. ⁴In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

Insbesondere Zahnersatz und implantologische Leistungen bergen dabei nicht unerhebliche Kostenrisiken – deshalb kann hierfür der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden, der hierfür auch beihilfefähig ist.

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik – außer Glaskeramik sind zu 40 Prozent beihilfefähig.

Erstattung von Implantaten

Ohne spezielle Indikationen sind allgemein zwei Implantate pro Kiefer beihilfefähig. Aufwendungen der Suprakonstruktion bei Implantatversorgung sind immer beihilfefähig. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts dürfen bei der zahlenmäßigen Begrenzung der Beihilfe zu Implantaten nur Implantate angerechnet werden, die ganz oder teilweise aus öffentlichen Kassen bezahlt worden sind.

Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahren nach Abschluss beihilfefähig, wenn die Beihilfefestsetzungsstelle die vorangegangene kieferorthopädische Behandlung genehmigt hat.

Ausschlüsse für Beamte auf Widerruf:

Zu beachten sind Ausschlüsse der Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen Leistungen für Beamte auf Widerruf – sofern sie nicht auf einen Unfall beruhen bzw. der Beihilfeberechtigte zuvor schon mindestens 3 Jahre im öffentlichen Dienst Beschäftigt war – für

- prothetische Leistungen
- Inlays und Zahnkronen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- implantologische Leistungen.

Vorsorge- bzw. Früherkennungsmaßnahmen – § 41 BBhV

Bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres sind die Kosten zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes nicht nur geringfügig gefährden, erstattungsfähig. Die Aufwendungen einer Jugendgesundheitsuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und 14. Lebensjahr bzw. innerhalb der Toleranzgrenze von zwölf Monaten vor oder nach diesem Zeitintervall sind ebenfalls beihilfefähig.

Bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres bzw. bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres sind einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach Maßgabe besonderer Richtlinien erstattungsfähig. Bei Personen ab vollendetem 35. Lebensjahr werden alle zwei Jahre die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit erstattet. Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen sind beihilfefähig, nicht jedoch, wenn der Anlass eine private Reise außerhalb der Europäischen Union ist. Beihilfefähig sind zudem Aufwendungen für bestimmte prophylaktische zahnärztliche Leistungen.

Vom BMI ausnahmsweise zugelassene Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen (VwV zu § 41 Abs. 3 BBhV)

1. Gen-Test bei erhöhtem Krebsrisiko für erblich belastete Frauen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko (Entstandene Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung werden mit nachstehenden Pauschalen beihilfefähig anerkannt, wenn diese Untersuchungen in den aufgeführten Zentren durchgeführt wurden.)
 - a) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung (Einmalige Pauschale in Höhe von 700 Euro pro Familie. Diese umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus beinhaltet die Pauschale auch die mögliche Beratung weiterer Familienmitglieder.)
 - b) Genanalyse (Pauschale in Höhe von 5900 Euro für einen Indexfall (an Brust- und/oder Eierstockkrebs Erkrankte) und 360 Euro, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine gesunde Frau handelt und diese nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird.) Die Genanalyse wird bei den Indexfällen durchgeführt. Dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Frau zugerechnet werden. Dagegen werden die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden Genanalyse der Indexpatientin der gesunden Ratsuchenden zugerechnet. Ein prädiktiver Gen-

Die Bundesbeihilfeverordnung

test liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexpatientin mehr ableiten lässt, die Genanalyse also keinen diagnostischen Charakter hat. Eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zu attestieren.

c) Früherkennungsmaßnahmen (Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm in Höhe von 580 Euro einmal pro Jahr. Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen.)

2. Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz

Aufwendungen bei Geburten

Neben den oben aufgeführten Aufwendungen sind beihilfefähig Kosten für

- Hebamme,
- Schwangerschaftsüberwachung,
- Entbindungspfleger,
- eine Haus- und Wochenpflegerkraft bei einer Hausentbindung oder einer ambulanten Entbindung in einer Krankenanstalt (längstens für einen Zeitraum von 14 Tagen nach der Geburt),
- stationäre Krankenhausbehandlung für das Kind nach der Geburt. Diese Leistungen werden auch bei der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfberechtigten gewährt, wenn die Mutter des Kindes berücksichtigungsfähig ist.

Beihilfe im Ausland – § 11 BBhV

Grundsätzlich sind Aufwendungen für Leistungen innerhalb der Europäischen Union wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen dagegen sind lediglich bis zur Höhe von Vergleichskosten im Inland beihilfefähig – dabei sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zu einer Höhe von 1000,- Euro ohne Beschränkung beihilfefähig.

Für Hemodialysepatienten, die sich vorübergehend aus privaten Gründen im außereuropäischen Ausland aufhalten, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei der Durchführung einer ambulanten Dialyseeinrichtung entstanden wären.



Auslandskrankenversicherung abschließen

Denken Sie vor Auslandsreisen an den Abschluss einer Auslandskrankenversicherung – insbesondere Krankenrücktransporte können hohe Kosten verursachen!

Mehr Informationen unter www.selbsthilfeeinrichtungen.de

Beihilfe nach dem Tod des Beihilfberechtigten

Um die ordnungsgemäße Abwicklung der angefallenen beihilfefähigen Leistungen sicherzustellen, hat das Bundesverwaltungsgericht festgelegt, dass der Beihilfeanspruch vererbbar ist. Die bis zum Tode des jeweiligen Beihilfberechtigten entstandenen Aufwendungen sind beihilfefähig und können z.B. an den Ehegatten oder die leiblichen Kinder nach Vorlage der Belege gewährt werden.

Zusätzlich beihilfefähig in Todesfällen der haushaltsführenden Person:

- Familien- und Haushaltshilfe bis zu 6,00 Euro stündlich, höchstens 36,00 Euro täglich bis zur Dauer von sechs Monaten, in Ausnahmefällen längstens zwölf Monate nach

Die Bundesbeihilfeverordnung

dem Todesfall, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Für Ehegatten und Eltern des/der Verstorbenen wird keine Vergütung gezahlt.

Im Bereich der Beihilfavorschriften des Bundes sind die Kosten, die mit der Leichenschau, der Einsargung oder der Bestattung verbunden sind – abweichend von einzelnen Ländern – seit 2004 nicht mehr beihilfefähig.

Rehabilitation

Der Bereich Sanatoriumsbehandlung bzw. Heilkur wurde durch die Bundesbeihilfeverordnung neu gefasst. Künftig werden dabei die Bereiche Anschlussheilbehandlung bzw. Suchtbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen unterschieden. Innerhalb der Gruppe der Rehabilitationsmaßnahmen ist auch weiterhin dafür gesorgt, dass aktive Beamte Leistungen zur Erhaltung der Dienstfähigkeit bzw. zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten in anerkannten Kurorten erhalten.

stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

(§ 35 Abs. 1 Nr. 1 BBhV) „Sanatoriumsbehandlung“

- Behandlung langwieriger oder chronischer Erkrankungen mittels besonderer physikalischer Therapien (z. B. Bäder, Gymnastik, Bestrahlung o. ä.) bzw. bestimmter Diäten (ähnlich einer stationären Krankenhausbehandlung).
- Durchführung in Einrichtung, die unter ärztlicher Leitung mit dem erforderlichen Personal und den notwendigen Einrichtungen steht, die diese besonderen therapeutischen Maßnahmen durchführen kann.
- Die Unterbringung erfolgt stationär.

ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in

einem anerkannten Kurort (§ 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV) „Heilkur“

- Heilmaßnahme unter ärztlicher Aufsicht an einem Ort, der durch seine vorwiegend natürlichen Heilmittel (z. B. Moorbäder, Solebäder, Klima usw.) geeignet ist, Beschwerden zu bessern oder zumindest nachhaltig zu lindern.
- Ziel ist es, die Dienstfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen (z.B. auch bei erheblichen chronischen Leiden)
- „Kurort“ regelt das Heilkurortverzeichnis
- Ambulanter Aufenthalt: es bleibt dem Patienten selbst überlassen, für seine Unterkunft und Verpflegung zu sorgen.

Voraussetzungen für die Anerkennung:

- Die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme muss amts- oder vertrauensärztlich festgestellt werden; die Beihilfestelle trägt die Kosten des Gutachtens.
- Die ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort sind für die Erreichung der Rehabilitationsziele nicht mehr ausreichend.
- Ein gleichwertiger Behandlungserfolg kann durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme (nach § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV) nicht erzielt werden.
- Im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren darf keine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt und beendet worden sein. Es sei denn nach dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten ist eine Rehabilitationsmaßnahme aus medizinischen Gründen in einem kürzeren Abstand notwendig.

Zeitlicher Ablauf:

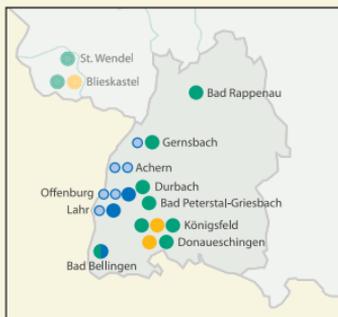
- Der behandelnde Arzt rät zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme und bescheinigt die Notwendigkeit; ggf. Vorschlag zum Ort und der Einrichtung.
- Der behandelnde Arzt hält eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort für notwendig, bescheinigt die Notwendigkeit; ggf. Vorschlag für einen Kurort.
- Antrag (formlos) auf Anerkennung der Maßnahme mit ärztlicher Bescheinigung an Beihilfestelle (Anschrift des für den Wohnort zuständigen Gesundheitsamtes angeben, sofern die Dienststelle nicht einen eigenen Vertrauensarzt beschäftigt).

Prävention | Akut | Reha | Pflege

MediClin in Baden-Württemberg



- Akuteinrichtung
- Rehabilitations-Zentrum
- Pflegeeinrichtung
- Medizinisches Versorgungszentrum



Haben Sie Fragen – wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung

Telefon-Hotline (Mo.-Fr. 8-18 Uhr)
kostenlos: 0 800 - 44 55 888

www.mediclin.de



MediClin Staufenburg Klinik

Durbach

Fachklinik für Innere Medizin
 Fachabteilungen für Diabetologie und Stoffwechselerkrankungen,
 Nephrologie, Onkologie, Orthopädie, Urologie

MediClin Schlüsselbad Klinik

Bad Peterstal-Griesbach

Fachklinik für Orthopädie, Rheumatologie und Innere Medizin
 Fachklinik für Geriatrische Rehabilitation
 Ambulantes Therapiezentrum

MediClin Albert Schweitzer Klinik

MediClin Baar Klinik

Königsfeld

Fachklinik für Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen
 Fachklinik für Atemwegserkrankungen, Allergien und Schlafmedizin
 Fachklinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin

MediClin Kraichgau-Klinik

Bad Rappenau

Fachklinik für onkologische Rehabilitation und
 chronische Schmerzkrankungen

MediClin Reha-Zentrum Gernsbach

Fachklinik für Innere Medizin und Kardiologie
 Fachklinik für Orthopädie
 Fachklinik für Neurologie
 Fachklinik für Geriatrische Rehabilitation
 Zentrum für Herzinsuffizienz
 Ambulantes Therapiezentrum

MediClin Klinik am Vogelsang

Donaueschingen

Fachklinik für Psychosomatik und Verhaltensmedizin

MediClin Seidel-Klinik

Bad Bellingen

Interdisziplinäres Zentrum für Rheumatologie, Wirbelsäulenleiden
 und Neuromuskuläre Erkrankungen





Mit MediClin gesünder durchs Leben



Die MediClin ist ein bundesweit tätiger Klinikbetreiber von Gesundheitsdienstleistungen. Mit 34 Klinikbetrieben, sieben Pflegeeinrichtungen und 11 Medizinischen Versorgungszentren in elf Bundesländern verfügt die MediClin über eine Gesamtkapazität von rund 8.000 Betten.

In Baden-Württemberg erstreckt sich das Behandlungsspektrum von Präventionsangeboten über die akutmedizinische ambulante und stationäre Intervention sowie die spezifische Reha-Maßnahme bis zur stationären Pflege. Transparenz und eine nachhaltige interdisziplinäre Vernetzung der Leistungen sind unser Ziel.

Uns ist es wichtig, den Patienten in seiner Gesamtheit zu betrachten und im Sinne der ganzheitlichen Medizin zu behandeln. Mit unserem breiten Angebot im ambulanten und stationären Bereich vereinen wir das vorhandene Wissen und machen es unseren Patienten zum Nutzen. Angefangen beim ersten Kontakt mit dem Hausarzt, über die Akutbehandlung mit möglicher anschließender Reha-Maßnahme oder auch Pflegeaufenthalten bis hin zur Wiedereingliederung in die Häuslichkeit, wir sind 24h für unsere Patienten da.

Unsere Fachkliniken für Rehabilitation bieten Präventionskurse, bei denen Patienten einen Aufenthalt in landschaftlich reizvoller Lage mit hochwertigen therapeutischen Leistungen verbinden können. Wir möchten durch moderne Gesundheitsprogramme dazu beitragen, die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit des Patienten zu erhalten, zu stärken und nach der Zeit einer Erkrankung wieder herzustellen. Im Vordergrund steht stets die individuelle Fitness zur Bewältigung des Alltags, verbunden mit dem therapeutisch-medizinisch-pflegerischen Know-how. Mit fachlich unterschiedlichen Programmangeboten können unsere Patienten regenerieren, sich in dem schönen Ambiente unserer Häuser bewegen, ihre Gesundheit aktiv fördern und ihr Leistungsvermögen nachhaltig stärken.

Kompetenz in Medizin – Wir in Baden-Württemberg

Haben Sie Fragen – wir stehen Ihnen gerne zur Verfügung
Telefon-Hotline (Mo.-Fr. 8-18 Uhr) kostenlos: 0 800 - 44 55 888

Die Bundesbeihilfeverordnung

stationäre Rehabilitationsmaßnahmen
(§ 35 Abs. 1 Nr. 1 BBhV) „Sanatoriumsbehandlung“

ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort (§ 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV) „Heilkur“

Zeitlicher Ablauf:

- Die Beihilfestelle erteilt dem zuständigen Amts- oder Vertrauensarzt einen Untersuchungsauftrag. Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle in voller Höhe, sofern sie das Gutachten in Auftrag gegeben hat. Bei dieser Untersuchung soll festgelegt werden, wo die Maßnahme durchgeführt werden soll.
 - Nachdem der Beihilfestelle alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, wird der Antrag abschließend geprüft. Wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Maßnahme als beihilfefähig anerkannt.
- Wichtig: Wird die Maßnahme vor Anerkennung der Beihilfefähigkeit angetreten bzw. nach der Anerkennung nicht innerhalb von 4 Monaten begonnen, besteht nur ein eingeschränkter Anspruch auf Kostenerstattung, nämlich nur für ärztliche Leistungen, für ärztlich verordnete Arzneimittel sowie für ärztlich verordnete Heilmittel.
- Beginn der Behandlung.**
 - Einreichung der Rechnungen bei der Beihilfestelle.

Dauer der Maßnahme:

Unterkunft, Verpflegung und Pflege sind für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) beihilfefähig (ggf. Verlängerung aus dringenden gesundheitlichen Gründen).

Unterkunft und Verpflegung sind höchstens für 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) beihilfefähig.

Beihilfefähige Kosten (nach Bemessungssatz):

- ärztliche und psychotherapeutische Leistungen
- ärztliche Leistungen
- Sofern es sich um die erste Inanspruchnahme eines Arztes im laufenden Kalendervierteljahr handelt, mindert sich die Beihilfe um einen Betrag von 10 Euro (sog. „Praxisgebühr“).
- ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel
Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 Euro, höchstens um 10 Euro, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.
- ärztlich verordnete Heilmittel (bis zum jeweiligen beihilfefähigen Höchstbetrag)
- ärztlich verordnete Hilfsmittel
Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 Euro, höchstens um 10 Euro, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.
- Unterkunft und Verpflegung** (die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nur bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig, das bedeutet gegebenenfalls nur bis zur Höhe der Aufwendungen für den niedrigsten Satz eines halben Doppelzimmers), abzüglich eines Eigenbetrags von 10 Euro je Kalendertag.
- Verpflegung und nachgewiesene Kosten der Unterkunft** (bis zur Höhe von 16,00 Euro pro Tag).
- Fahrtkosten bei An- und Abreise**
Bei regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln sind die tatsächlich entstandenen Kosten beihilfefähig, jedoch maximal bis zur niedrigsten Klasse. Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs sind 0,20 Euro je Kilometer beihilfefähig, aber nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme. Maßgeblich ist die mit einem privaten Kraftfahrzeug üblicherweise zurückzulegende kürzeste Strecke zwischen der Wohnung und der Einrichtung.
- Kurtaxe**
- ärztlicher Schlussbericht**
- Pauschalsätze**
Sofern die Einrichtung Pauschalsätze in Rechnung stellt, können nur diese als beihilfefähig anerkannt werden, wenn der Träger der Einrichtung die BVA / LVA bzw. ein Versorgungsvertrag mit diesen oder einem Landesverband einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht.)

Die Bundesbeihilfeverordnung

stationäre Rehabilitationsmaßnahmen
(§ 35 Abs. 1 Nr. 1 BBhV) „Sanatoriumsbehandlung“

ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort (§ 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV) „Heilkur“

■ Familien- und Haushaltshilfe

Möglich, wenn

- die den Haushalt führende Person eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchführt,
- im Haushalt eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Sonstiges:

- Beihilfefähigkeit auch für berücksichtigungsfähige Angehörige sowie Versorgungsempfänger.
- Aufwendungen sind **nur für aktive Bedienstete** (und nicht für Familienangehörige) beihilfefähig, da sie der Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Dienstfähigkeit dienen.
- Gewährung von **Sonderurlaub**.
- Bei behandlungsbedürftigen Kindern oder Schwerbehinderten sind auch Kosten einer **Begleitperson** in eingeschränkter Höhe beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird.
- Sofern die Einrichtung Vorkasse verlangt, kann ein **Abschlag** gewährt werden (möglichst 14 Tage vor Beginn der Maßnahme einreichen)

Achtung:

Leistungen der ergänzenden privaten Krankenversicherung können von der Beihilfe je nach Vertrag abweichen!

Länder außerhalb der EU:

Aufwendungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einem anderen Land der EU sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln.

Aufwendungen für Behandlungen in der **Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz)** gelten als im Inland entstanden Voraussetzung dafür ist die Bescheinigung eines Facharztes, dass eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch geboten ist. Dabei muss bescheinigt sein, ob eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder ein stationärer Krankenhausaufenthalt indiziert ist.

Nicht-deutsche Kurorte:

Die anerkannten Kurorte für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme außerhalb der Bundesrepublik Deutschland sind im Anhang Verzeichnis der Kurorte aufgeführt.

Soweit Beihilfeberechtigte die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem nicht-deutschen Kurort innerhalb der EU beantragen, der im Verzeichnis der anerkannten Kurorte nicht enthalten ist, muss die Anerkennung durch die oberste Dienstbehörde entschieden werden.

Anschlussheil- und Suchtbehandlungen – § 34 BBhV

Eine Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. In Ausnahmefällen liegt eine Anschlussheilbehandlung auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Behandlung erfolgt, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung stand. Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, sind ebenfalls beihilfefähig.

Aufwendungen für Anschlussheil- und Suchtbehandlungen sind nur nach ärztlicher Verordnung beihilfefähig. Die ärztliche Verordnung muss Angaben zu Art, Dauer und Inhalt der Rehabilitationsmaßnahme enthalten. Diese Angaben sind erforderlich, weil Anschlussheil- und Suchtbehandlungen abweichend von anderen Rehabilitationsmaßnahmen in besonderem

Ankommen Wohlfühlen Wiederkommen

Das Gesundheitszentrum Oberammergau mit der Fachklinik am Kofel und dem Aktiv- und Vital-Hotel am Kofel wird höchsten Qualitätsansprüchen gerecht.

Die Inhaber des Gesundheitszentrums Oberammergau wissen die Bedeutung und Vorteile eines aktiv gelebten

Qualitätsmanagements für Gäste, Patienten, Mitarbeiter, aber auch den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens, zu schätzen. Deshalb hat das Gesundheitszentrum Oberammergau eine Qualitätsinitiative gestartet, die einerseits seine Leistungsstärke im Vergleich mit Mitbewerbern transparent macht, andererseits über das Leitbild und die Führungsgrundsätze auch einen gemeinsamen Werterahmen zur Beibehaltung der hauseigenen Individualität erkennbar macht.

„Nach unserer Überzeugung aktiviert ein gelebtes Qualitätsmanagement Leistungs- und Entwicklungspotenziale und sichert so den Geschäftserfolg. Methoden des Qualitätsmanagements nutzen wir zur ausgewogenen Ausrichtung aller Bemühungen an den Erwartungen und Bedürfnissen der Gäste und Patienten, die im Zentrum der Leistungserbringung stehen. Dabei ist es uns ein besonderes Anliegen, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses die Unternehmensphilosophie aktiv unterstützen und kontinuierlich weiterentwickeln“, erklärt dazu Ulrich Tonak, geschäftsführender Mitinhaber des Gesundheitszentrums Oberammergau. Entsprechend dieser Philosophie wurde auch das Unternehmensleitbild entwickelt.



„Unser Erfolg ist das Wohlbefinden und die Zufriedenheit unserer Gäste“, lautet das Motto der Inhaber des Gesundheitszentrums Oberammergau (v.r.): Geschäftsführer Ulrich Tonak, Ärztlicher Direktor Dr. med. Dipl.-Psych. Jürgen Grundnig und Geschäftsführer Norbert Schaknat.

Wir kümmern uns um Sie
und Ihre Gesundheit

Fachklinik am Kofel

Fachklinik für Prävention und
Rehabilitation mit den
Schwerpunkten Kardiologie,
Pneumologie und Orthopädie



Aktiv- und Vital-Hotel am Kofel
*Zu helfen ist nicht nur unser Beruf,
sondern unsere Leidenschaft!*



Gesundheitszentrum Oberammergau

Wir sind eine der führenden Adressen im Bereich Rehabilitation und Prävention. Sie finden hier unter einem Dach Fachabteilungen für Kardiologie, Pneumologie und Orthopädie. Ein Team aus hochqualifizierten Ärzten und Therapeuten betreut Sie professionell und individuell.

Sie fühlen sich abgespannt, ständig müde, lustlos, ausgebrannt...?

Ein Zustand, den man nicht auf die leichte Schulter nehmen darf. Denn die „vitale Erschöpfung“ geht oft unerkannt dem Herzinfarkt um Monate voraus. Ein Herzinfarkt kann auch zu schwerer seelischer Erschöpfung führen. Doch Depression verdreifacht das Risiko für einen (erneuten) Herzinfarkt. Frauen erleiden nicht minder häufig einen Herzinfarkt, aber ihre Beschwerden können anders sein.



Geraten Sie schnell außer Atem?



In unserer Fachklinik bieten wir Anschlussheilbehandlungen/stationäre Rehabilitation von Patienten mit Erkrankungen der Atmungsorgane – mit einem neuen Konzept.

Es ist ein Kreuz mit dem Kreuz?

Rückenleiden, Knie- und Hüftbeschwerden etc. können das Leben zur Hölle machen. Die Fachklinik am Kofel verfügt auch über die offizielle Anerkennung für Anschlussheilbehandlungen nach Krankenhausaufenthalt im orthopädischen Bereich.



Aktiv- und Vital-Hotel am Kofel

In der familiären Atmosphäre des inhabergeführten Hauses (Hallenbad, Whirlpool, Sauna, MTT etc.) erfahren Sie persönliche, einfühlsame Betreuung. Begleitpersonen bieten wir angenehme Unterbringung mit Hotelkomfort sowie attraktive Pauschalangebote.

Gerne lassen wir Ihnen unser ausführliches Info-Material zukommen.

Gesundheitszentrum Oberammergau · Hubertusstraße 2 · 82487 Oberammergau

Ihre Durchwahl für Information/Reservierung: +49 (0) 88 22 / 78 - 4 33

E-Mail: reservierung@gesundheitszentrum-oberammergau.com

www.gesundheitszentrum-oberammergau.com

Die Bundesbeihilfeverordnung

Maße von der individuellen Behandlungsbedürftigkeit abhängen und bei ihrer Ausgestaltung deshalb nicht, wie z. B. bei einer ambulanten Rehabilitation in einem anerkannten Heilkurort, eine grundsätzlich gleiche Dauer als notwendig angesehen werden kann. Dabei darf die Verordnung nicht von der die Maßnahme durchführenden Einrichtung stammen.

Für Anschlussheil- und Suchtbehandlungen gelten die Regelungen zu Krankenhausleistungen und Fahrtkosten entsprechend - damit sind sowohl Aufwendungen für Wahlleistungen als auch die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson beihilfefähig.

Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Rehabilitation

Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen sind für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt, beihilfefähig.

Bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und der Begleitpersonen bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise).

Ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung

Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung sind bis zur Höhe von 6,20 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.

Dauernde Pflegebedürftigkeit – §§ 37 BBhV ff.

Auch Beamte sind verpflichtet, eine die Beihilfe ergänzende Pflegeversicherung abzuschließen. Die Pflegeversicherung wurde in drei Stufen eingeführt: Am 1. Januar 1995 begann die Beitragspflicht. Die Leistungen für ambulante Pflege werden seit dem 1. April 1995 und die Leistungen für stationäre Pflege seit 1. Juli 1996 erstattet. Diese Leistungen wurden nunmehr mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz stufenweise bis 2012 ausgebaut. Für die Beihilfe des Bundes gelten viele der mit diesem Gesetz verbundenen Vorteile ebenfalls.

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. Personen in der gesetzlichen Pflegeversicherung mit Anspruch auf Beihilfe nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten Beihilfe hälftig (§ 46 Abs. 4 BBhV).

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. Die Festsetzungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht.

Aufteilung der Kosten zwischen Pflegeversicherung und Beihilfe

Privat Versicherte Beihilfeberechtigte		Gesetzlich Versicherte Beihilfeberechtigte	
Beihilfebemessungssatz (Pflegeleistungen sind nur für Versorgungsempfänger möglich!)	70 Prozent	Beihilfe (§ 46 Abs. 4 BBhV)	50 Prozent
Private Pflegeversicherung	30 Prozent	Gesetzliche Pflegeversicherung	50 Prozent



Verwaltungsvorschriften des BMI zu Pflegeleistungen (Auszüge)

- Krankheiten oder Behinderungen sind
 - Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
 - im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der 3 Pflegestufen.

Die Beschäftigung und Betreuung z.B. in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 37 BBhV. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind deshalb nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z.B. Fahrkosten).



Klinik I:
Erwachsene



Klinik II:
Kind/Eltern



WIR FÜR IHRE GESUNDHEIT

Die Ostseeklinik Kühlungsborn ist hochspezialisiert auf die Behandlung von Erwachsenen und Kindern mit folgenden Erkrankungen:

- Chronische Erkrankungen der Atemwege (z. B. Asthma bronchiale)
- Chronische Hauterkrankungen (z. B. Neurodermitis)
- Allergische Erkrankungen verschiedener Organsysteme
- Nahrungsmittelallergien, -unverträglichkeiten
- Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Hyperaktivität)
- Psychosomatische Erkrankungen (nur Erwachsene)
(z. B. Depression, Phobische Störungen, Somatoforme Störungen)

Um alle Aspekte der sehr komplexen Krankheitsbilder zu behandeln, arbeiten Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, Psychotherapeuten, Ergo- und Sozialtherapeuten, Ernährungsberater sowie Physio- und Sporttherapeuten fachübergreifend zusammen mit dem gemeinsamen Ziel, die Gesundheit unserer Patienten wiederherzustellen und langfristig zu erhalten. Damit dies auch bei erkrankten Kindern gelingt, wird das begleitende Elternteil zum Co-Therapeuten ausgebildet.

Für die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen bietet die Ostseeklinik Kühlungsborn ein speziell auf die Bedürfnisse von Frauen ausgerichtetes Therapiekonzept an. Ziel ist es, die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung der Patientinnen in Beruf und Alltag wiederherzustellen. Mütter können ihre Kinder mitbringen.

Die Ostseeklinik Kühlungsborn liegt direkt am Strand und verfügt über eine **Erwachsenen-Klinik** mit 56 Einzelzimmern und 3 Doppelzimmern sowie eine räumlich davon getrennte **Eltern-Kind-Klinik** mit 57 Appartements zur Unterbringung von Patienten mit Begleitpersonen. Für die Kinder steht ein umfangreiches Betreuungsangebot zur Verfügung.



OSTSEEKLINIK KÜHLUNGSBORN

ZENTRUM FÜR ALLERGOLOGIE, DERMATOLOGIE,
PNEUMOLOGIE UND PSYCHOSOMATIK



Klinik I.
Erwachsene



Klinik II.
Kind/Eltern

WIR FÜR IHRE GESUNDHEIT

Unser interdisziplinäres Ärzte- und Therapeuten-
team, ein ganzheitliches Therapiekonzept und das
heilsame Ostseereizklima sind die Bausteine für Ihre
Gesundheit.

Wir behandeln:

- Chronische Haut- und Atemwegserkrankungen
sowie Allergien bei Erwachsenen und Kindern
- Psychosomatische Erkrankungen bei Frauen

Nähere Informationen erhalten Sie bei unserer
Patientenbetreuung: **Telefon 038293/87-439**



www.ostseeklinik-kuehlungsborn.de

Von der Beihilfe anerkannt.

Die Bundesbeihilfeverordnung

Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der privaten bzw. sozialen Pflegeversicherung.



Versicherungspflicht zum „Pflegeversicherungsvertrag“

Das Bundesverfassungsgericht hatte über die Frage zu entscheiden, ob durch die gesetzliche Verpflichtung, einen Pflegeversicherungsvertrag abzuschließen, die hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums (Art. 33 Abs. 5 GG) verletzt sind und es zur Fürsorgepflicht des Dienstherrn gehört, Beamte beitragsfrei gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern. Die Verpflichtung, einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abzuschließen, stellt keinen unzulässigen Eingriff in die Beamtenalimentation dar. Der Gesetzgeber hat mit der Pflegeversicherung eine im Grundsatz alle Bürger erfassende Volksversicherung eingerichtet. Es ist nicht ersichtlich, dass die vom Beamten zu tragenden Versicherungsprämien für diese Pflichtversicherung einen solchen Umfang erreichen, dass der amtsangemessene Lebensunterhalt nicht mehr gewährleistet wäre. Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn ist durch die Versicherungspflicht nicht verletzt.

Auszug aus dem BVerfG-Beschluss vom 25.09. 2001 – 2 BvR 2442/94

Grundsätzlich unterschieden werden unterschiedliche Pflegeleistungen; danach richtet sich die jeweils gewährte Beihilfe:

- Häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte,
- Pflegegeld (Pauschalbeihilfe bei häuslicher Pflege für selbst beschaffte Pflegekräfte),
- teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege,
- Verhinderung von Pflegepersonen bzw. Kurzzeitpflege und
- vollstationäre Pflege.

Häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte (Leistungen entsprechend § 36 Abs. 3 SGB XI)

Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von	1. Januar 2010	1. Januar 2012
für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	440 Euro	450 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	1.040 Euro	1.100 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	1.510 Euro	1.550 Euro

Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten, Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß weit übersteigt.



BG Nordsee Reha-Klinik

Eine Einrichtung des Berufsgenossenschaftlichen
Unfallkrankenhauses Hamburg

KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE TRAUMATOLOGIE SPORTMEDIZIN



Anschlussheilbehandlung *AHB*

Anschlussrehabilitation *AR*

**Berufsgenossenschaftliche
stationäre Weiterbehandlung** *BGSW*

Erweiterte ambulante

Physiotherapie *EAP*

Heilverfahren *HV*

Nebenindikationen:

TINNITUS, Brügger-Therapie

PSYCHOSOMATIK

DERMATOLOGIE

PNEUMOLOGIE



St. Peter-Ording - Gesund werden und sich dabei rundum wohlfühlen!

Die Bundesbeihilfeverordnung

Pflegegeld: Pauschalbeihilfe bei häuslicher Pflege für selbst beschaffte Pflegekräfte

Das Pflegegeld (§ 37 Abs. 1 SGB XI) beträgt hierbei je Kalendermonat

Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von	1. Januar 2010	1. Januar 2012
für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	225 Euro	235 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	430 Euro	440 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	685 Euro	700 Euro

Dabei werden aus privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherungen gezahlte Pflegegelder angerechnet – nicht jedoch z.B. die Zahlungen einer privaten Pflegetagegeldversicherung. Häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte und durch selbst beschaffte Pflegekräfte kann kombiniert werden; die Abrechnung erfolgt dann nach dem jeweiligen Prozentsatz der Aufteilung.

Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege

Diese erfolgt, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder zur Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die Beträge entsprechen § 41 Abs. 2 SGB XI. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat

Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von	1. Januar 2010	1. Januar 2012
für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	440 Euro	450 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	1.040 Euro	1.100 Euro
für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	1.470 Euro	1.550 Euro

Verhinderung von Pflegepersonen

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Die Aufwendungen der Pflegekassen (§ 39 und § 42 SGB XI) sind auf eine bestimmte Höhe im Kalenderjahr begrenzt:

1. Januar 2010	1. Januar 2012
1.510 Euro	1.550 Euro

Die Bundesbeihilfeverordnung

Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt: für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu folgenden Gesamtbeträgen im Kalenderjahr.

1. Januar 2010	1. Januar 2012
1.510 Euro	1.550 Euro

Zusätzliche Betreuungsleistungen

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen können – sofern sie die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen – zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Wird der Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Der Anspruch gilt auch für Personen mit Pflegestufe 0.

Neu im Bereich der Pflegeleistungen ist die Beihilfefähigkeit von Beratungsbesuchen – auch hier nach den Vorgaben des SGB XI.

Vollstationäre Pflege

Ist eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht mehr möglich, sind Leistungen zur vollstationären Pflege beihilfefähig (entsprechend § 42 Abs. 2 und 3 SGB XI).

Beihilfefähig sind dabei

- pflegebedingte Aufwendungen,
- medizinische Behandlungspflege (soweit nicht im Rahmen der häuslichen Krankenpflege beihilfefähig) sowie für
- soziale Betreuung.

Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von	1. Januar 2010	1. Januar 2012
für Pflegebedürftige der Pflegestufe I	1.023 Euro	
für Pflegebedürftige der Pflegestufe II	1.279 Euro	
für Pflegebedürftige der Pflegestufe III	1.510 Euro	1.550 Euro
für Härtefälle	1.825 Euro	1.918 Euro

Die Bundesbeihilfeverordnung

Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten wird grundsätzlich keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens (Bruttoehgatteneinkommen) übersteigen. Der Eigenanteil beträgt bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehaltes der Besoldungsgruppe A 9

- mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 Prozent des Einkommens,
- ab zwei berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 Prozent des Einkommens.

Bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen

- mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 Prozent des Einkommens,
- ab zwei berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 Prozent des Einkommens,
- bei allein stehenden Beihilfeberechtigten oder bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 Prozent des Einkommens.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

Unter Einnahmen versteht man dabei

- die Dienst- und Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhensvorschriften,
- der Zahlbetrag von Renten,
- Einnahmen aus zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgungen

des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten (einschließlich deren laufender Einkünfte). Nicht berücksichtigt werden dagegen Einkommen von Kindern oder Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung.

Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist aufgrund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.



Palliativversorgung / Unterbringung in Hospizen – § 40 BBhV

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung in angemessener Höhe beihilfefähig.

Rehabilitation und Kurorte gemäß Kurortverzeichnis

Die Bereiche Sanatoriumsbehandlung und Heilkuren wurden durch die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) neu gefasst. Die BBhV unterscheidet nunmehr zwischen

- Anschlussheilbehandlung
- Suchtbehandlung
- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Unter „Rehabilitationsmaßnahmen“ ist es auch weiterhin möglich, dass Beamtinnen und Beamte zur Erhaltung der Dienstfähigkeit bzw. zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten in anerkannten Kurorten entsprechende Beihilfeleistungen erhalten.

Der gesamte Bereich der Rehabilitation wird in den Paragraphen 34 bis 36 der BBhV geregelt (vgl. S. 68 ff.). Die Paragraphen 34 und 35 sind im Kasten auf dieser und der nächsten Seite dokumentiert. Auf Seite 82 finden Sie den Paragraphen 36 mit den „Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen“.



§ 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. In Ausnahmefällen liegt eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Behandlung erfolgt, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung stand.

(2) Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Aufwendungen für die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(3) Die Beihilfefähigkeit nach den Absätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die dort genannten ärztlichen Verordnungen die Rehabilitationsmaßnahme jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet haben und nicht von der Einrichtung stammen, bei der die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird. Die Einrichtung muss für die Durchführung der Anschlussheil- oder Suchtbehandlung geeignet sein. Maßnahmen nach Absatz 2 sind nur nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. In begründeten Ausnahmefällen kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

(4) Die §§ 26 und 31 gelten entsprechend.

Hinweis: Weitere Erläuterungen finden Sie in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur BBhV unter www.die-beihilfe.de.

§ 35 Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen und besondere Heilbehandlungen durchführen,

Die Kraft aus der Erde

Bad Tölzer Moorthherapie



Wohlfühlen, durchatmen, sich selbst erleben:

Rheumakuren, wo andere Urlaub machen.

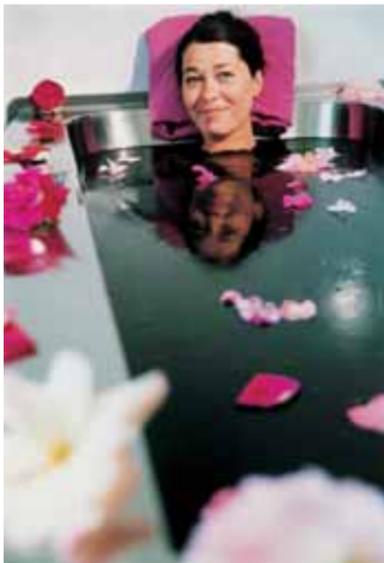
Es ist nicht leicht, mit Rheuma zu leben. Selbst neue Medikamente und verbesserte Behandlungsstrategien haben zahlreiche Nebenwirkungen und können trotzdem nicht verhindern, dass Rheumaerkrankungen in ein chronisches Stadium übergehen.

Viele Rheumakranke suchen deshalb nach einem alternativen Therapiekonzept, bei dem sie aktiv mitwirken und den Verlauf der Krankheit ohne Nebenwirkungen beeinflussen können. Wir verbinden in der **Reha-Klinik Frisia** die konventionelle Rheumatherapie mit der intensiven Anwendung klassischer Naturheilverfahren.

Dabei werden durch gezielte Reize nicht nur lokale Effekte auf betroffene Gelenke erzielt. Die meisten der angewandten Methoden haben übergeordnete systemische Wirkungen und lösen Reaktionen im Bereich des vegetativen Nervensystems, des Hormon- und Immunsystems sowie der Psyche der Patienten aus.

Durch Stimulation der Selbstheilungs- und Ordnungskräfte im gesamten Organismus können nebenwirkungsreiche Medikamente eingespart werden.

Wesentliche Elemente der Rheumatherapie in der **Reha-Klinik Frisia** sind die Behandlung mit heilemdem Tölzer Naturmoor, gelenkschonende Bewegung und wohltuende Massagen, ergänzt durch ausgesuchte und angepasste Ernährung.



Archiv der Tourist-Information Bad Tölz

Die hohe Behandlungsdichte ist nur durch den stationären Aufenthalt möglich.

Dabei werden der Mix der Methoden, die Intensität ihrer Anwendung und die Kombination mit der notwendigen pharmakologischen Therapie immer auf die individuelle Situation und die jeweiligen Bedürfnisse der betroffenen Patienten abgestimmt. Grundlage dieses Therapiekonzeptes ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise, die versucht, den Rheumapatienten in seiner Konstitution zu erfassen und die vielfältigen Bedingungen seiner Lebensweise und seines Umfeldes zu berücksichtigen.

Reha-Klinik und Kurmittelhaus

Familie Munkert
Kogelweg 8 · 83646 Bad Tölz
Tel. 0 80 41/5 03-0
Fax 0 80 41/5 03-6 05
www.frisia-toelz.de
E-Mail: info@frisia-toelz.de



Ein komfortables Haus
mitten im Grünen nahe dem
Kurzentrum und Kurpark.

Der richtige Weg zur Gesundheit bei

- Erkrankungen
des Bewegungsapparates
- Erkrankungen
des Herz-Kreislaufsystems
- ... und hoher Belastung
im Beruf und Familie
(Burn out)

Thermalschwimmbad
Tölzer Naturmoor
Wellnessbereich
Himalaya Steinsalzgrotte
Modernes Dialysezentrum
gegenüber

Alle Zulassungen für:

- Sanatoriumskuren
(§ 30 GewO)
- stationäre
Rehabilitationsmaßnahmen
- Heilkuren

Kostenträger:

Beihilfe
private Krankenkassen



beispielsweise mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie, soweit die dafür erforderliche Ausstattung und das Pflegepersonal vorhanden sind,

2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung,
3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitationen bei Krebserkrankung eines Kindes,
4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1,
5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen und
6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.

(2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18 und 22 bis 25 und 26 Abs. 1 Nr. 3 beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 bis 4 beihilfefähig:

1. Fahrtkosten für die An- und Abreise
 - a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und
 - b) mit privaten Kraftfahrzeugen in entsprechender Anwendung des § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes, insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
2. Aufwendungen durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannter Begleitpersonen,
3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitpersonen,
4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,
5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
 - a) bei stationärer Rehabilitation einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
 - b) für Begleitpersonen bei stationärer Rehabilitation für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) 70 Prozent des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,
 - c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt,
 - d) bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und
 - e) der Begleitpersonen bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise). Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Nr. 6 sind bis zur Höhe von 6,20 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.

Hinweis: Weitere Erläuterungen finden Sie in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur BBhV unter www.die-beihilfe.de.

RÖMERBERG-KLINIK

Badenweiler (Schwarzwald)

Orthopädie/Rheumatologie und
Tumornachsorge für Urologie/Gynäkologie

Qualifizierte Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung



Die Klinik befindet sich in einer großzügigen Parkanlage, die mit Liegewiesen zum Verweilen einlädt, umgeben von Wald und Wiesen, mit Blick auf den Hochblauen und Badenweiler. Die touristisch geprägte Infrastruktur der Region Dreiländereck D/F/CH bietet vielfältige Freizeit- und Ausflugsmöglichkeiten in den Südschwarzwald, die Vogesen oder die Schweizer Alpen. Mediterranes Flair und mildes Klima erwarten Sie das ganze Jahr.

Gesunden – Entspannen – Wohlfühlen

Gesunden: Qualifiziertes Ärzte- und Therapeutenteam

Entspannen: Alltags- und Berufsstress abbauen

Wohlfühlen: Freundliche und persönliche Atmosphäre

Moderne Diagnostik – Umfangreiches Angebot zeitgemäßer Physio- und Bewegungstherapie mit Gerätetraining – Balneophysikalische Therapie mit Naturmoorbädern und Kneipp-Anwendungen – Thermalbewegungsbad mit Hebelift – Ergotherapie – Pflegedienst – Psychologie – Ernährungsberatung/Diätetik – Reha- und Sozialberatung – Seminare, Vorträge und Gesundheitsberatung



Die Römerberg-Klinik wurde als erste Rehabilitationsklinik in der Region nach der Qualitätsmanagement-Norm DIN EN ISO 9001 und gleichzeitig nach den Qualitätsgrundsätzen der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) zertifiziert.

Offen für jedermann und alle Kostenträger:

Beihilfe, Krankenkassen, Rentenversicherung, Selbstzahler

Angebot zum Kennenlernen: Gesundheitswoche

Bitte fordern Sie unsere Prospekte an!

79410 Badenweiler, Schwärzestraße 20

Tel. 0 76 32 / 73 1 – Fax 0 76 32 / 73 2 17

www.roemerberg-klinik.de - badenweiler-info@kbs.de

Nicht beihilfefähige Aufwendungen einer Heilkur

Die Anerkennung von beihilfefähigen Aufwendungen einer Heilkur ist nicht zulässig,

- wenn der Beihilferechtige in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während einer Elternzeit und der Beurlaubung ohne Dienstbezüge bis zur Dauer von zwölf Jahren sowie während einer Zeit, in der der Beihilferechtige ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,
- wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerem chronischen Leiden, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
- nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
- wenn bekannt ist, dass das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
- solange der Beihilferechtige vorläufig des Dienstes enthoben ist.

Nicht jeder Kurort ist auch Heilkurort

Heilkur im Sinne dieser Vorschrift ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Kurortverzeichnis enthaltenen Kurort durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein. Das Kurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern herausgegeben und ist in diesem Kapitel dokumentiert.

The screenshot shows the website www.heilkurorte.de with a search interface. The header includes a logo for 'Heilkurorte' and a navigation menu with categories: Home, Kliniken, Gesundheits, Wellness, Kur, Kurorte. The search area is titled 'Suche nach Gesundheitseinrichtungen' and includes input fields for 'Facility type' (set to 'Alle'), 'Clinic name', 'Date', 'PLZ', and 'Vorwahl'. Below the search fields is a list of 'Ausstattungsmerkmale' (equipment features) with checkboxes, including: Abfertigungszimmer, Aufenthalts- und Lesesaal, Aufnahme Begleitpersonal, Ausflüge, Beauty Shop, Behindertengerecht, Bewegungsbad (Solo/Thema), Calliana, Dampfbad, Einkaufsladen, Fernseher im Zimmer, Festsitzraum, Fitness, Freibadanlage, Garage, Garten/Park oder Liegezone, Gymnastik, Infrarotbad, Kegelbahn, Kindertagesstätte, Kutschen/Reise Parken, Parkplatz, Sauna, Schulfreizeitangebote, Solarium, Spielplatz, Telefon im Zimmer, Tennisplatz. To the right of the search area is a map of Germany divided into 10 numbered regions (0-9). The footer of the page displays the website URL www.heilkurorte.de.



Ein Ort der Begegnung in freundlicher und heilsamer Atmosphäre



REHA-KLINIK

SCHLOSS HAMBORN

Ganzheitliche Therapie auf der Grundlage anthroposophisch erweiterter Medizin und naturgemäßer Heilweisen

Langjährige Erfahrungen in der ganzheitlichen Rehabilitation, der bewußte Umgang mit rhythmischen Tagesabläufen, gesunde Ernährung und Anregungen für eine zukunftsorientierte Lebensgestaltung sind die Eckpfeiler für die Behandlung folgender Indikationen:

- **Psychosomatische Erschöpfungszustände**
- **Ganzheitliche Krebsnachsorge**
- **Orthopädische Erkrankungen**

Aus umfassenden Therapiemöglichkeiten entwickeln wir für Sie individuelle Behandlungskonzepte. Die Reha-Klinik Schloss Hamborn ist beihilfefähig; ob Sie eine Vorsorgekur oder eine Rehabilitation bei uns durchführen wollen – wir informieren Sie detailliert über Kostenträger und unsere Einrichtung.

Reha-Klinik Schloss Hamborn
33178 Borchen · Tel. 05251/38 86-0
rehaklinik@schlosshamborn.de
www.schlosshamborn.de

AnthroMed®
KLINIKNETZWERK

§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf entsprechenden Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind und
3. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1 Nr. 4 erzielt werden kann. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.

(2) Die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.

(3) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Abs. 1 Nr. 1 in einer ausländischen Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn vor Beginn der Maßnahme die oder der von der Festsetzungsstelle beauftragte Ärztin oder Arzt die Einrichtung für geeignet erklärt hat und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubsreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der in § 9 Abs. 1 erwähnten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat.

Hinweis: Weitere Erläuterungen finden Sie in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur BBhV unter www.die-beihilfe.de.

Ihre Gesundheit in guten Händen



Genesen Sie mit Ostsee-Charme

warme Sonnenstrahlen auf der Haut, Ostsee-Meerluft weht Ihnen um die Nase - das gesundheitsfördernde Reizklima aus dem Ostseeheilbad Graal-Müritz zwischen Warnemünde & Fischland Darß hilft Ihnen wieder schnell Kraft zu tanken.

Behandlungsschwerpunkte:

- **Onkologische Erkrankungen**
- **ambulante Physiotherapie auf Rezept**
- **Gesundheitsangebote**

Die Klinik
ist beihilfefähig
nach §6 und 7
Beihilfe-
verordnung

Jetzt gleich weitere Infos anfordern unter **Tel. (03 82 06) 75-0**



Klinik Graal-Müritz

Fachklinik für Onkologie und Ganzheitsmedizin

Lindenweg 16/17, 18181 Ostseeheilbad Graal-Müritz, Telefon (03 82 06) 75-0, Fax - 1 75

www.klinik-graal-mueritz.de

Rückenschmerzen

Rückenschmerzen – Schicksal oder Chance zu einem gesünderen Leben? Das Rücken-Konzept in der Klinik Porta Westfalica, Bad Oeynhausen

Rückenschmerzen zählen zu den häufigsten Erkrankungen im Erwachsenenalter – in der hausärztlichen Praxis klagt fast die Hälfte aller Patienten über ihren Rücken. Der Alltag vieler Menschen ist geprägt von einer sitzenden Tätigkeit mit Bewegungsmangel, Fehlernährung und hohen beruflichen Stressbelastungen – wesentliche Gründe dafür, dass Verschleißerkrankungen an der Wirbelsäule dramatisch zunehmen. Nicht selten wird mit hohem technischem Aufwand in der Computer- oder Kernspintomografie ein Bandscheibenschaden festgestellt. Es folgt der Einsatz von schmerzlindernden Medikamenten, Spritzen, Infusionen oder Massagen und Fangopackungen. Passive Therapien, die zwar kurzfristig die Symptome lindern, aber nicht die Ursache des Beschwerdebildes beheben. Patienten mit chronischen Schmerzen neigen dazu, sich zu schonen: Folgen sind eine immer geringere körperliche Belastbarkeit und meistens auch eine Zunahme des Körpergewichts.

Die wichtigste Strategie zur Behandlung von Rückenschmerzen ist ein aktives Therapiekonzept mit einem langfristig ausgerichteten individuellen Trainingsprogramm, das auf einer gründlichen orthopädischen Untersuchung mit differenzierter Rückenbefundung und exakter Diagnosestellung basiert. Funktionsstörungen und muskulär-statische Dysbalancen lassen sich dann im Regelfall sehr gut durch gezielte krankengymnastische Maßnahmen, Chirotherapie oder Akupunktur beseitigen. Bei strukturellen Schäden kann ein gezielter Muskelaufbau dazu beitragen, den Rücken in Zukunft besser zu schützen und drohenden Folgeschäden vorzubeugen.

Entscheidend für den Behandlungserfolg ist ein qualifiziertes Team von kompetenten Ärzten und Therapeuten. Es reicht nicht aus, allgemeine Therapie- und Trainingsempfehlungen zu geben. Nur wenn die persönlichen Voraussetzungen und das gesamte Umfeld des Patienten gewürdigt werden und vorhandene funktionelle bzw. muskulär-statische Störungen richtig erkannt werden, lässt sich durch ein professionell angeleitetes Training – idealerweise an Geräten und mit rückschonendem Aqua-Jogging – die Belastbarkeit der Wirbelsäule verbessern. Selbstverständlich müssen auch die psychosozialen Alltagsbelastungen in die Überlegungen mit einbezogen werden. Unsere Muskulatur reagiert mit Verspannungen und Verkürzungen auf zu großen beruflichen und privaten Stress. Ergonomische Veränderungen am Arbeitsplatz, ein Entspannungstraining und persönlicher Stressabbau helfen dann ebenso wie die oft erforderliche Gewichtsreduktion durch eine gesündere Ernährung und mehr Bewegung, den Rückenschmerz dauerhaft zu besiegen.

Der Orthopäde, Sportmediziner und Wirbelsäulenspezialist Dr. med. H.-W. Ostermann hat jahrelange Erfahrungen in der Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen. Auch Profisportler wie Boris Becker und Michael Stich wurden während der ATP-Tour von ihm betreut. Für die aktive Trainingstherapie im klinikeigenen Gesundheitszentrum stehen hochkarätige Sport- und Physiotherapeuten bereit, die u. a. in das Betreuer-Team für die deutschen Hockey-Nationalmannschaften der Frauen und Männer während der Olympischen Spiele in Sydney berufen worden sind.

Interessierte erhalten auf Anfrage gerne weitere Informationen. (Klinik Porta Westfalica Bad Oeynhausen, Sekretariat Orthopädie: Tel.-Nr. 0 57 31-1 851 01).

Dr. med. Hans- Werner Ostermann, Ltd. Arzt/Chefarzt der Klinik Porta Westfalica

ZENTRUM FÜR AHB UND REHA

... seien Sie unser Gast und lassen Sie sich verwöhnen

Leitender Arzt/Chefarzt

Herr Dr. med. Hans-W. Ostermann

Orthopäde, Facharzt für Phys. u. Reha, Medizin, Sportmedizin, Chirotherapie, Naturheilverfahren, Sozialmedizin

Indikationen

- Unfall- und Verletzungsfolgen
- Aufbautraining nach Endoprothetik, Wirbelsäulen-OPs u. Amputationen
- Orthopädische Erkrankungen
- Rheuma, Osteoporose
- Chronische Schmerzen, Rückenschmerzen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Onkologische Erkrankungen
- Gynäkologische Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen
- Check-Up Untersuchungen

Anschlussheilbehandlung

- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen

Das bieten wir Ihnen

- 352 Betten, 296 EZ, 28 DZ, Apartmentcharacter (DU/WC, TV-Kabel, Kühlschrank, Safe)
- Suiten für den besonderen Wunsch
- Exklusive, auch behinderten- und rollstuhlgerechte Ausstattung
- Qualifiziertes Team aus Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten
- Familiäre Atmosphäre mit Wohlfühlambiente und freundlichen Mitarbeitern
- Ausgezeichneter Service für hohe Ansprüche
- Exquisite Küche
- Großzügiges Trainingszentrum (4000 qm) mit modernem Gerätepark
- Entspannung pur in unserem großen Thermalsolezzentrum inkl. Sauna und Solarium
- Sonnen-Liegewiese und großzügige Café-Terrasse
- Umfangreiches Freizeitprogramm
- Ruhige Kliniklage im Naturpark in der "Bad Oeynhausener Schwetz"
- Wenige Schritte vom Kurpark und vom Stadtzentrum entfernt
- 150 kostenlose Parkplätze auf dem Klinikgelände
- Nagelstudio, Kosmetik und Friseur im Haus

Die Klinik erfüllt die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V und verfügt über den Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V. Die Abrechnung wird nach Tagessätzen, die mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart wurden, durchgeführt.

Klinik Porta Westfalica GmbH & Co. KG

Zentrum für AHB und REHA
Steinstraße 65 | 32547 Bad Oeynhaus

Tel.: 0 57 31 - 18 57 08 (Patientenberatung)
Fax: 0 57 31 - 18 57 00

Internet: www.kpw.eu | E-Mail: patientenberatung@kpw.eu



Wir verstehen REHA





Checkliste: Heilkuren

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur bzw. ambulanter Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort wird anerkannt, wenn

- die Kur unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan an einem im amtlichen Heilkurortverzeichnis aufgeführten Ort durchgeführt wird,
- nicht im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt wurde, es sei denn, es liegt ein schweres chronisches Leiden vor und durch ein Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes wird nachgewiesen, dass aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

Aufwendungen für Heilkuren an einem im amtlichen Heilkurortverzeichnis aufgeführten Ort sind alle vier Jahre einmal beihilfefähig, wenn

- die Heilkur laut amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten nach einer schweren Erkrankung erforderlich ist oder ein erhebliches chronisches Leiden eine heilklimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig macht und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
- die Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort ausgeschöpft sind,
- die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Heilkur von der Beihilfestelle anerkannt worden ist und mit der Behandlung innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Bescheids begonnen wird,
- der Beihilfeberechtigte seit drei Jahren im öffentlichen Dienst arbeitet und nicht in absehbarer Zeit ausscheidet.

Beihilfefähige Aufwendungen sind:

- Arztkosten, gemindert um die Abzugsbeträge
- Heilmittel und -behandlung,
- Fahrtkosten für An- und Abreise
- Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen, 16,00 Euro (für Kosten, die 12,50 Euro täglich übersteigen); für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, 13,00 Euro (für Kosten die 10,00 Euro täglich übersteigen), unter bestimmten Voraussetzungen eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu 6,00 Euro stündlich höchstens 36,00 Euro täglich,
- Kurtaxe,
- Schlussbericht.

Beihilfen für Heilkuren werden nur aktiven Bediensteten zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit gewährt. Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Familienangehörige erhalten Beihilfen zu den beihilfefähigen Aufwendungen für Arzt, Arzneimittel und Heilbehandlungen. Dies gilt auch für aktive Bedienstete, die eine nicht anerkannte Heilkur antreten. Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Familienangehörige sollten aufgrund der Einschränkungen ihre Leiden am Wohnort ambulant oder stationär behandeln lassen oder eine Sanatoriumsbehandlung beantragen.

Fortsetzung siehe Seite 96

KURSANATORIUM EBERL BAD TÖLZ



Alle Zulassungen für
Sanatoriumskuren,
stationäre Maßnahmen
und Heilkuren:

**Allgemeine und
Innere Medizin**

Orthopädie

Psychosomatik / Burn-Out

- gehobenes 4-Sterne-Haus
- modernste Diagnostik
und Therapie
- Natur-Mooranwendungen
- großer Fitnessraum,
Sauna, Dampfbad
- Thermal-Schwimmbad
(31–33°C)

Kostenträger: Beihilfe und
private Krankenkassen

 **KURSANATORIUM
EBERL ******
Balsam für Leib und Seele



Buchener Str. 17

83646 Bad Tölz

Tel. 080 41/78 72-0

Fax 080 41/78 72-78

www.kurhotel-eberl.de



Fortsetzung von Seite 94

Vor der Heilkur sollte bei der Krankenversicherung ein Kostenzuschuss beantragt werden, da mit der Beihilfe und den Leistungen der Krankenversicherung in der Regel die Kosten einer Heilkur nicht bestritten werden können. Nicht beantragt werden darf die Beihilfe, wenn der Beihilferechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt war und auch dann nicht, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt oder beendet worden ist. Ausnahmen:

- Ein schweres chronisches Leiden macht nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in kürzeren Zeitabständen notwendig.
- Nach Antrag auf Entlassung.
- Wenn das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach der Heilkur endet, es sei denn, die Heilkur wird wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt.
- Solange der Beihilferechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

Aufwendungen für Müttergenesungskuren, Mutter-Kind-Kuren oder Vater-Kind-Kuren in entsprechenden anerkannten Einrichtungen sind entsprechend der vorgenannten Voraussetzungen beihilfefähig.



Weitere Informationen erhalten Sie über den Patientenservice:
0209-17973-0
oder im Internet:
www.allgaeuer-bergbad.de

KURKLINIK ALLGÄUER BERGBAD

Stationäre Prävention und Rehabilitation

Unser Programm verbindet die alpinen und heilklimatischen Besonderheiten Oberstdorfs mit Ihren jeweiligen individuellen Therapiekomponenten zu einem ganzheitlichen Konzept.

Wir behandeln Sie bei

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Psychosomatischen und psychovegetativen Erkrankungen und „Burnout“ Symptomatik
- orthopädischen Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen



KURKLINIK ALLGÄUER BERGBAD
STATIONÄRE PRÄVENTION UND REHABILITATION



... der gesunde Weg



KLINIK DR. FRANZ DENGLER BADEN-BADEN ORTHOPÄDIE · PSYCHOSOMATIK-SCHMERZTHERAPIE · INNERE MEDIZIN

Baden-Baden - die Stadt mit dem besonderen Flair -
ist ideal zum Regenerieren.

- PRÄVENTION
- REHABILITATION
- ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG



**Privat- und
Kassenpatienten
Beihilfe**

Wir bieten: Individuelle Gesundheitsprogramme
und das original Baden-Badener Thermalwasser
im Haus.

KAPUZINERSTRASSE 1 | D-76530 BADEN-BADEN | T 07221 351818 | F 07221 351826 |
INFO@DENGLER.DE | WWW.DENGLER.DE

Sanatorium
DR. HOLLER



Erstklassige
medizinische
Versorgung in
geschmack-
vollem
Ambiente

Synthese
aus schul-
medizinischer
und natur-
heilkundlicher,
homöopathischer
Behandlung

Rehabilitationsverfahren, nachstationäre AHB-Verfahren,
Anschlussheilbehandlungen sowie Vorsorgemaßnahmen bei:

- Herz- und Kreislauferkrankungen
- Leber-, Galle-, Magen- und Darmerkrankungen
- Stoffwechselstörungen, Diabetes mellitus
- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Gelenkersatz
- Degenerative Gelenkerkrankungen und Altersverschleiß
- Übergewicht
- Chronische Verstopfung
- Onkologische Nachbehandlung aller Tumorerkrankungen
- Abwehrkraftstärkung bei Krebserkrankungen
- Anschlussheilbehandlung nach Operationen u. Krankenhausaufenthalt
- Psycho-physische Erschöpfungszustände
- Burn-out-Syndrom

Sanatorium Dr. Holler

Edelfingerstraße 26-28 · 97980 Bad Mergentheim
Telefon: +49 7931 546-0 · Telefax: +49 7931 546-122
info@sanatorium-holler.de · www.sanatorium-holler.de

Rehabilitation und Kurorte

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
52062	Aachen	Monheimsallee	Heilbad
73433	Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollenkurbetrieb
93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg, Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
17419	Ahlbeck	G	Seeheilbad
83043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell	Heilbad
95680	Bad Alexandersbad	G	Heilbad
38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
01773	Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
56626	Andernach	Bad Tonisstein	Heilbad
34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
72270	Baiersbronn	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort, Heilklimatischer Kurort
31609	Balge	B Blenhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb
26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
17429	Bansin	G	Seeheilbad
82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort



FACHKLINIK ALLGÄU
PFRONTEN

**Verhaltensmedizinisches Zentrum
für Pneumologie und Allergologie &
Zentrum für Integrative Psychosomatik**

Asthma-/COPD-Schulung
Raucherentwöhnung
medizinische Sporttherapie · Physiotherapie
Ergotherapie · Balneophysikalische Therapie
Adipositaschulung · Diätberatung
Krankheitsaufklärung
Multimodale Psychologische
Einzel- und Gruppengespräche
Stabilisierungsarbeit
und einige weitere Therapien

Telefon 0 83 63/6 91-0 (oder -124)
www.fachklinik-allgaeu.de

Blick auf die Fachklinik Allgäu in Pfronten



VORSORGE – UND
REHABILITATIONSFACHKLINIK
FÜR MUTTER/VATER-KIND

Hänslehof
Hofstrasse 13
78073 Bad Dürrenheim
Tel 0 77 26/ 667-0 Fax
0 77 26/ 667- 555



Wir begleiten Sie durch ein **Ganzheitliches Therapie**konzept auf dem Weg zur persönlichen Zufriedenheit, um neue Kraft und Energie für den Alltag zu schöpfen.

Indikationen

- Psychosomatische Erkrankungen
(Schwerpunkte: Burn Out, Partnerschaftskonflikte)
- Atemwegserkrankungen
- Hauterkrankungen
- Muskel- und Skeletterkrankungen

Speziell bei Kindern:

- ADS/ADHS
- Autismus
- Emotionale Störungen
- Entwicklungsverzögerungen
- Lese-/Rechtschreibschwäche

Aufnahme Patienten aller Kassen, Privatpatienten, behindertengerecht anerkannt und amb. Badekuren möglich.

email: info@haenslehof.de

www.haenslehof.de

MediClin Seepark Klinik



**Akutpsychosomatik und Rehabilitationsklinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Die Schwerpunkte liegen in der Behandlung von

- Depressionen, Ängsten, Zwängen und Burn Out
- Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Adipositas) jeden Schweregrads
- Somatoformen Schmerzstörungen
- Spezialtherapien für Familien (Mutter / Vater / Kind)
- Mobilisation von adipösen, immobilen Patienten bis 350 kg

Fragen?

Dann rufen Sie uns an:

Tel. 0 58 24 – 21 0

info.seepark@mediclin.de

www.seepark-klinik.de

Erfolgreiches Marketing:

**Print & Online
Mit dem Deutschen Beamten-
wirtschaftsring e.V. (DBW)!**

Interesse?

Wir bieten:

Anzeigenmarketing, Frau Jäcker 0211 72134571

**Wir freuen uns über Ihren Anruf oder Ihre Mail
marketing@dbw-online.de**

Rehabilitation und Kurorte

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
27624	Bederkesa	G	Moorheilbad
79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
14806	Belzig	Belzig	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	Heilbad
83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
01819	Bad Gottleuba-Berggletscherhübel	G	Kneippkurort
76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
99438	Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
95460	Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge, Frankenhammer, Kutscheranlagen, Rödlasberg, Warneleithen	Kneippheilbad
56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneippkurort
88440	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
84364	Bad Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
95493	Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
83483	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
38889	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
66440	Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautkirchen)	Kneippkurort

... zur Reha?



Der Mensch im Mittelpunkt

MEDIAN Kliniken

- **Medizinische Rehabilitation mit Kompetenz und Erfahrung**
- **Fachabteilungen für fast alle Indikationen**
- **Unterkunft und Verpflegung auf Hotelniveau**

MEDIAN Kliniken Bad Salzufflen

MEDIAN Klinik am Burggraben/MEDIAN Klinik Flachsheide

Alte Vlothoer Str. 47 – 49 · 32105 Bad Salzufflen
Telefon 0 52 22 / 37 – 0 · Telefax 0 52 22 / 37 – 44 00

MEDIAN Kliniken Bad Oeynhausen

MEDIAN Weserlinik/MEDIAN Klinik am Park

Am Brinkkamp 15 · 32545 Bad Oeynhausen
Telefon 0 57 31 / 8 65 – 0 · Telefax 0 57 31 / 8 65 – 18 02

www.median-kliniken.de

Gemeinsame E-Mail-Adresse: gl.badsalzufflen@median-kliniken.de

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
97708	Bad Bocklet	G	Heilbad
94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
29389	Bodenteich	G	Kneippkurort
73087	Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
23944	Ostseebad Boltenhagen	G	Seeheilbad
56154	Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	a) Kneippheillbad b) Heilbad
26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
08648	Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-)Heilbad
24576	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
38700	Braunlage	G mit Hohegeiß	Heilklimatischer Kurort
53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
59929	Brilon	Brilon	Kneippkurort
97769	Bad Brückenau	G sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-)Heilbad
15377	Buchow	G – ausgenommen der Ortsteil Hasenholz	Kneippkurort
32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
25761	Büsum	Büsum	Seeheilbad
56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
23769	Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad
65520	Bad Camberg	K	Kneippheillbad

Dr. Wüsthofen® Gesundheits-Resort Reha-Klinik für Anschlussrehabilitation/AHB sowie Rehabilitation / Sanatoriumsbehandlung und Heilkuren Gesundheitshotel

Wir bieten Ihnen in angenehmster Atmosphäre eine fachübergreifende Rehabilitation mit folgenden Behandlungsschwerpunkten:

- Orthopädische Erkrankungen und Unfallfolgen
- Chronische Schmerzkrankungen
- Rheumatische Erkrankungen
- Erschöpfungszustände
- Osteopathie
- Rehabilitation nach Gelenk u. Wirbelsäulenoperationen
- Übergewicht und Adipositas
- Präventivmedizin und Naturheilverfahren

Die Einrichtung hat einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V und ist nach § 30 GeWo als behilfefähig anerkannt.

Weitere Leistungen im Dr. Wüsthofen® Gesundheits-Resort Bad Salzschlirf

- **Dr. Wüsthofen® Privat** mit Gesundheits- und Präventionsangeboten in den Bereichen Bewegungsapparat, Herz- und Gefäße, Adipositas, Ernährung und Erschöpfung
- **Dr. Wüsthofen® Ambulante Vorsorgekuren** (Badekur) inkl. Naturmoorbäderabteilung
- **Dr. Wüsthofen® Wohnen und Pflegen** – Erholung nach Klinikaufenthalt, Verhinderungs- u. Anschlusspflege sowie Urlaub bei Pflegebedarf inkl. Abteilung für Kurzzeit- u. Ambulante Pflege.

Mehr Informationen unter www.wuesthofen.de

Kompetenz durch über 100-jährige Erfahrung



Die Fachklinik liegt ruhig und zentral, umgeben von herrlichem alten Baumbestand direkt gegenüber dem Kurpark des Heilkurorts Bad Salzschlirf, unweit der Barockstadt Fulda zwischen bewaldeten Ausläufern von Rhön und Vogelsberg, nahe der Grenze zu Thüringen und Bayern.



DR. WÜSTHOFEN®
Gesundheits-Resort

Dr. Wüsthofen® Gesundheits-Resort
Lindenstraße 5 · 36364 Bad Salzschlirf
Tel.: 0 66 48/54-0 · Fax: 0 66 48/54-885
eMail: info@wuesthofen.de



Dr. Ebel Fachkliniken – Medizinische Kompetenz an neun Standorten

Wir stehen für herausragende Kompetenz in Rehabilitation, Prävention, Therapie und Pflege. Mit über 2.000 Betten und 1.500 Mitarbeitern kümmern wir uns um Ihre Gesundheit.

- Höchste medizinische und therapeutische Qualität
- Anspruchsvolle Betreuung in Diagnostik und Therapie
- Ganzheitliche Behandlung
- Behandlungsspektrum: **Psychotherapie, Psychosomatik, Orthopädie, Neurologie, Rheuma, Herz-Kreislaufkrankungen, Onkologie, Lymphologie, Geriatrie und Naturheilverfahren**



Klinik Reinhardshöhe Bad Wildungen

Dr. Ebel Fachklinik für Medizinische Rehabilitation – AHB

Behandlungsschwerpunkte:

- Onkologische Erkrankungen, speziell:
 - Tumoren des Gastrointestinaltraktes
 - Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane, inklusive der Brust
 - Urologische Tumoren
 - Maligne Systemerkrankungen (Lymphome)
 - Tumoren der Kopf-Hals-Region
 - Lungentumoren
- Nicht-onkologische internistische, urologische und gynäkologische Erkrankungen
- Krankheiten des Lymphsystems und Lipödeme
- Orthopädische Erkrankungen

Quellenstraße 8-12 • D 34537 Bad Wildungen • Telefon: ++ 49 (0) 56 21 / 705-0
info@klinik-reinhardshoehe.de • www.klinik-reinhardshoehe.de

Carolinum Bad Karlshafen

Dr. Ebel Fachklinik für Orthopädie, Neurologie, Geriatrie und Rehabilitation

Behandlungsschwerpunkte:

- Rehabilitation nach künstlichem Gelenkersatz
- Wirbelsäulenerkrankungen
- Unfall- und Verletzungsfolgen, Amputation der unteren Extremitäten
- Schlaganfallerkrankungen, Rehabilitation nach Gehirnoperationen
- Parkinsonsyndrom und Multiple Sklerose
- Muskelerkrankungen
- Erkrankungen der Nerven und Nervenwurzeln (Polyneuropathie, Bandscheibenvorfall)
- Rehabilitationsphasen: C* und D
- Rehabilitation geriatrischer Patienten mit neurologischen, orthopädischen und internistischen Grunderkrankungen bei altersbedingter Multimorbidität und Funktionseinbußen
- Therapeutische Anwendungen mit Sole
- Psychophysische Erschöpfungssyndrome mit Hirnleistungsminderung
- Abklärung von Vergesslichkeit

Mündener Straße 9-13 • D 34385 Bad Karlshafen • Telefon: ++ 49 (0) 56 72 / 181-0
info@carolinum.com • www.carolinum.com



Neue Lebenshorizonte öffnen: Ganzheitliche Behandlung

Die Dr. Ebel Fachkliniken arbeiten integrativ und multiprofessionell. In unseren modernen Rehabilitationskliniken lernen Patienten eine Vielfalt an therapeutischen Leistungen kennen. Das Grundprinzip: Jede echte Heilung ist eine Selbstheilung. Unser Betreuungs- und Behandlungskonzept ist indikations- und zielgruppengeleitet ganzheitlich ausgerichtet, so dass einerseits akute Krankheitsprobleme behandelt und andererseits dem Patienten Wege erschlossen werden, die eigene Gesundheit langfristig zu stärken und zu stabilisieren.

Psychosomatik und Psychotherapie: Medizinische Kompetenz an vier Standorten in Deutschland

**Dr. Ebel Fachkliniken GmbH & Co.
Heinrich-Heine-Klinik KG**
Am Stinthorn 42 • D 14476 Potsdam

Telefon: ++49(0) 3 32 08 / 56 0
patientenservice@heinrich-heine-klinik.de
www.heinrich-heine-klinik.de

**Dr. Ebel Fachkliniken GmbH & Co.
Rehaklinik am Park KG**
Berliner Straße 2 • D 95138 Bad Steben

Telefon: ++ 49(0)92 88 / 730
info@rehaklinik-am-park.de
www.rehaklinik-am-park.de

**Dr. Ebel Fachkliniken GmbH & Co.
Klinik Bergfried Saalfeld KG**
Zum Fuchsturm 20 • D 07318 Saalfeld

Telefon: ++ 49(0) 36 71 / 593-0
klinik@klinik-bergfried.de
www.klinik-bergfried.de

**Dr. Ebel Fachkliniken GmbH & Co.
Vogelsbergklinik Grebenhain KG**
Jean-Berlit-Straße 31 • D 36355 Grebenhain

Telefon: ++ 49(0)66 43/701-0
info@vogelsbergklinik.de
www.vogelsbergklinik.de



Heinrich-Heine-Klinik Potsdam

Dr. Ebel Fachklinik · Zentrum für Psychosomatik und Psychotherapie

Behandlungsschwerpunkte:

- Depressive Störungen
- Angst und Panikstörungen
- Tinnitus
- Chronische Schmerzen
- Helfende Berufe
- Schmerzsyndrome
- Neuralgien
- Schwindel
- Burn-out-Syndrom
- Posttraumatische Belastungsstörung

Am Stinthorn 42 • D 14476 Potsdam • Telefon: ++ 49 (0) 3 32 08 / 56-0
patientenservice@heinrich-heine-klinik.de • www.heinrich-heine-klinik.de

Rehaklinik am Park Bad Steben

Dr. Ebel Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatik

Behandlungsschwerpunkte:

- Depressionen
- Angst und Panikstörungen
- Neuralgien
- Burn-out-Syndrom
(Berufliche Neuorientierung)
- Mobbing
- Grundformen der Persönlichkeiten /
Persönlichkeitsstörungen

Berliner Straße 2 • D 95138 Bad Steben • Telefon: ++ 49 (0) 92 88 / 730
info@rehaklinik-am-park.de • www.rehaklinik-am-park.de

Rehabilitation und Kurorte

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
38678	Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
98663	Bad Colberg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
23747	Dahme	Dahme	Seeheilbad
24351	Damp	Damp 2000	Seeheilbad
54550	Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
65582	Diez	Diez	Felkekurort
73342	Bad Ditzgenbach	Bad Ditzgenbach	Heilbad
75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
18209	Bad Doberan	Bad Doberan, Heiligendamm	(Moor-)Heilbad, Seeheilbad
33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
04849	Bad Dübren	Bad Dübren	(Moor-)Heilbad
67098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
78073	Bad Dürrenheim	Bad Dürrenheim	(Sole-)Heilbad und Heilklimatischer Kurort
56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
31707	Bad Eilsen	G	Heilbad
08645	Bad Elster	Bad Elster	(Mineral- und Moor-)Heilbad
56130	Bad Ems	Bad Ems	Heilbad



Rehaklinik Irma

Onkologische, pneumologische, gynäkologische, urologische und psychoonkologische Rehabilitation, AHB-Maßnahmen, Prävention

IRMA: Innovative Rehabilitation mit Menschlichem Antlitz



Indikationen:

Wir behandeln Patienten mit Tumoren sämtlicher Organe, wie z. B. Brustkrebs und anderen gynäkologischen Tumoren, Kehlkopf- und Bronchialkarzinomen, Speiseröhre-, Magen-, Darmkarzinomen, Gallenblasen- und Bauchspeicheldrüsentumoren, urologischen Tumoren (Prostata, Harnblasen, Hoden), aber auch Patienten mit Lymphomen und Leukämien. Unsere Lungenabteilung behandelt Patienten mit COPD, Asthma bronchiale, Lungenblähung, Lungenfibrose.



Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Kurt Schumacher
Facharzt für Innere
Medizin, Hämatologie und
Internistische Onkologie

Wir haben Zeit für Sie.

Luisenstraße 2 • 78073 Bad Dürrenheim
Tel. 0 77 26 / 936-0 • Fax 0 77 26 / 936-444
info@rehaklinik-irma.de • www.rehaklinik-irma.de



Klinik am
Leisberg

Private Akutklinik für Psychologische Medizin Baden-Baden

Von hier an geht es aufwärts!



In Kurparknähe von **Baden-Baden**, der „Sonnenhauptstadt Europas“, bietet Ihnen die Privatklinik am Leisberg:

- eine intensive und individuell ausgerichtete Einzel- und Gruppentherapie
- sicheres Auffangen von Krisen, kreative Förderung Ihres Potentials, Fitness aber auch Ruhe und Entspannung
- moderne und komfortabel ausgestattete Einzelzimmer mit Balkon
- Genießer-Küche, Restaurant-Charakter

Indikationen:

Depressionen, Schlafstörungen, Zwänge, Schmerzsyndrome, psychosomatische Erkrankungen, Überlastungsstörungen („Burn-Out“), Ängste und Panik, Essstörungen (Bulimie, Magersucht, Esssucht, Binge-Eating)

Eigene **Abt. für Kinder- und Jugendpsychotherapie!**



Aufnahme im Notfall sofort möglich!

Kostenübernahme durch Privatversicherungen, Beihilfe und durch die PBeaKK.

Die überschaubare Größe der Klinik und unsere freundlichen Mitarbeiter ermöglichen den persönlichen Umgangstil, in dem Sie sich wohlfühlen werden!

Wir sind gerne für Sie da!

Hotline: 07221/39 39 30

Gunzenbachstr. 8, **76530 Baden-Baden**

Internet: www.leisberg-klinik.de

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
34308	Bad Emstal	Sand	Heilbad
35080	Bad Endbach	K	Kneippheilbad
83093	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachtental, Ströbing	Heilbad
59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
49152	Bad Essen	Bad Essen	Heilbad
23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
29683	Fallingb.ostel	Fallingb.ostel	Kneippheilbad
83075	Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
99898	Finsterbergen	G	Heilklimatischer Kurort
87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
06567	Bad Frankenhausen	Bad Frankenhausen	Heilbad
79098	Freiburg	Ortsbereich An den Heilquellen	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
16259	Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
87629	Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der Gemeinde Hopfen am See	Heilbad, Kneippkurort

The screenshot shows the homepage of www.gesundheitvonabisz.de. The main content area displays search results for 'Kurorte' (resorts). The results are organized into columns, with a sidebar on the right containing additional filters and information. The website has a green and orange color scheme.

www.gesundheitvonabisz.de

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
94072	Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Durnöd, Eggfling a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gogging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlod, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Ziegelöd, Zwicklarn	Heilbad
76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
82467	Garmisch-Partenkirchen	G- ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
24395	Gelting	G	Kneippkurort
36129	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippheilbad
35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
24960	Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
38644	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
01816	Bad Gottleuba-Berggießhübel	Bad Gottleuba	(Moor-)Heilbad
18181	Graal-Müritz	G	Seeheilbad
64689	Grasellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal, Weghof	Heilbad
23743	Gromitz	Gromitz	Seeheilbad
87730	Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, Egg, Gemeinshwenden, Greit, Herbisried, Hueb, In der Tarast, Klevers, Kornhoven, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldeck b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
23775	Großenbrode	G	Seeheilbad
37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilbad
23683	Haffkrug-Scharbeutz	Haffkrug	Seeheilbad
72401	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
38667	Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
83670	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Schönau, Unterenzenau, Untersteinach, Voglherd	Heilbad
23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
37308	Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
27498	Helgoland	G	Seeheilbad
36358	Herbstein	B	Heilquellen-Kurbetrieb
17442	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-)Heilbad

Der Stress der Staatsdiener – Beamte und Burn-out

Beamte und Burn-out? Wer auf die Idee käme, diesen Zusammenhang herzustellen, würde herzhaftes Gelächter ernten. In der öffentlichen Wahrnehmung gelten die Staatsdiener als letzte Berufsgruppe, die reif für eine Auszeit ist. Geregelter Arbeitszeiten, wenig anstrengende Tätigkeiten und die Gewissheit eines stets sicheren und gut besoldeten Jobs – so die gängige Meinung – sorgen für ein Leben ohne Stress und Sorge. Doch die Wahrheit ist eine andere: Statt gemütlich die Zeit abzusetzen, quittiert jedes Jahr rund die Hälfte der Staatsdiener noch vor Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters ihren Dienst wegen Arbeitsunfähigkeit. Auch Beamte stehen unter Leistungsdruck, vielen macht zudem die fehlende gesellschaftliche Anerkennung ihrer Arbeit zu schaffen. Psychische Erkrankungen sind die Folge. Dienstunfähigkeit wegen Burn-out – totale Erschöpfung aufgrund beruflicher Belastung, heißt es immer häufiger im ärztlichen Attest.

„Burn-out trifft vor allem die besonders engagierten, verantwortungsbewussten und leistungswilligen Menschen. Die ersten Symptome sind in der Regel Unausgeglichenheit, Schlafstörungen und Kopfschmerzen. Werden diese Warnzeichen jedoch nicht rechtzeitig erkannt, kann sich die Krankheit weiter entwickeln und zu schweren körperlichen und seelischen Problemen führen“, erklärt Prof. Dr. med. Götz Mundle, ärztlicher Geschäftsführer der Oberbergkliniken und Chefarzt der Oberbergklinik Berlin/Brandenburg. Gerade Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst, ob Lehrer, Polizisten, Sozialarbeiter oder Feuerwehrmänner, wollen die mentalen Belastungen oft nicht zugeben. „Sie flüchten sich stattdessen in die Abhängigkeit, greifen zu Zigaretten, Alkohol oder Medikamenten. Damit verschlimmert sich die Krankheit“, warnt der Mediziner.

Professionelle Hilfe ist jetzt notwendig. In den Oberbergkliniken können Patienten eine sechs bis achtwöchige hochintensive, individuelle Behandlung in Anspruch nehmen. Die drei Privatkliniken in Brandenburg, im Schwarzwald und im Weserbergland haben sich auf die Behandlung von Burn-out, Suchterkrankungen, Angststörungen und Depressionen spezialisiert. In der ersten therapeutischen Phase lernen die Patienten ihre ganz persönlichen Ursachen der Erkrankung herauszufinden. Individuell werden dann auf Basis des emotionalen Profils eines Patienten in Einzel- und Gruppengesprächen Strategien erarbeitet, die helfen zukünftig mit Stress und emotionaler Belastung besser umzugehen. Im letzten Schritt der Therapie werden die neu erlernten Verhaltensweisen geübt bis sie verinnerlicht sind. So können die Patienten gestärkt in ihr gewohntes Leben zurückkehren.

Für gestresste Beamte hat der Chefarzt der Oberbergklinik Berlin/Brandenburg Prof. Dr. med. Götz Mundle einfache Tipps parat: Er empfiehlt, sich bewusst eine Auszeit zu nehmen: „niemand ist unabkömmlich“. Gute Beziehungen zu Familie, Freunden und Kollegen können eine Unterstützung sein. Meditation, gesunde Ernährung oder Spaziergänge sorgen für Entspannung.

Die Oberbergkliniken behandeln seit über 25 Jahren vor allem Beamte, Manager und Ärzte. Und das mit großem Erfolg: 80 Prozent berichteten von einer deutlichen Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Mehr Informationen erhalten Sie auch im Internet unter: www.oberbergkliniken.de. Ein telefonischer Beratungsservice steht allen Hilfe Suchenden unter der Telefonnummer 08 00/3 22 23 22 (gebührenfrei) jederzeit zur Verfügung.

Hilfe bei Depressionen, Burn-out, Abhängigkeits- und Angsterkrankungen

Beratung und Information (kostenfrei)

0800 32 22 32 2



Wir bieten in unseren Kliniken schnelle und nachhaltige **Hilfe** durch **hochintensive und individuelle Therapien** für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte. Im Vordergrund des Heilungsprozesses stehen das persönliche emotionale Profil und der achtsame Umgang mit den inneren Ressourcen unserer Patienten. Unsere Kliniken haben einen hervorragenden Ausstattungsstandard. Eine **Sofortaufnahme** ist jederzeit möglich – auch im akuten Krankheitsstadium. Wir unterstützen unsere Patienten bei der Klärung der Kostenübernahme.

Die Standorte:

Berlin/Brandenburg

Schwarzwald, Weserbergland

www.oberbergkliniken.de

info@oberbergkliniken.de



Oberberg

Psychotherapie Psychiatrie Psychosomatik

Rehabilitation und Kurorte

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
36251	Bad Hersfeld	K	(Mineral-)Heilbad
32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
87 541	Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
53557	Bad Honningen	Bad Honningen	Heilbad
37671	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
24321	Hohwacht	G	Seeheilbad
37603	Holzminden	Neuhaus	Heilklimatischer Kurort
61348	Bad Homburg v.d.Höhe	K	Heilbad
32805	Horn - Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
26571	Juist	G	Nordseeheilbad
34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad



Die Fachklinik für
Anschlussrehabilitation, Rehabilitation und Vorsorge
 im Biosphärengebiet Schwäbische Alb
 bietet Ihnen qualifizierte medizinisch-therapeutische Betreuung
 in Wohlfühl-Hotelambiente.

Behandlungsschwerpunkte

- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Degenerativ- und entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Osteoporose
- Chronische Schmerzkrankungen



Gesundheitszentrum Schwäbische Alb
 Bei den Thermen 10-12 • 71274 Bad Urach
 Tel.: 071254 57-0
 Internet: www.swa.de • info@swa.de



Stillaachhaus Privatklinik

Abt. A: Psychovegetative Klinik und Psychotherapie

Abt. B: Innere Klinik und Kardiologie

Alte Klosterstraße 16

87501 Mitterdorf in Allgäu

Tel. (08822) 802-0

Service Tel. (08822) 802-280

Telefax: (08822) 802-280

E-mail: info@stillaachhaus.de

Internet: <http://www.stillaachhaus.de>

Chirurgie:

Abt. A: 100 Betten, 30 Betten, Facharzt für Psychovegetative Klinik, Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie

Abt. B: 170 Betten, Prof. Dr. Novotny, Facharzt für Innere Klinik, Kardiologie, Palliativmedizin
 Dr. med. E. Strohoff, Facharzt für Innere Klinik, Kardiologie

Indikationen:

Abt. A: Neurotische Störungen (z.B. Depressionen, Angststörungen), somatoforme Störungen (z.B. funktionelle gastrointestinale oder kardiovaskuläre Syndrome), Konversionsstörungen, Schlafstörungen, chronische Schmerzstörungen, Belastungsstörungen im Sinne einer oder der niederen Einzelstörungen und Wagnersyndrom, affektive Störungen, Essstörungen und Ticstörungen. Das gesamte internistische Spektrum, insbesondere Herz- und Kreislaufkrankheiten, z.B. Herz-Kreislauferkrankungen nach Herzinfarkt, Operationen am Herzen, Herztransplantation, Einatmung, Herzkardiovaskuläre Risikofaktoren, Herz-Kreislauferkrankungen nach Operationen, Cholesterin- und Blutzuckertherapie sowie verengertes Beckenkreuz nach adjuvanten Estradioltherapien, Wechselschleimhaut, Gesundheits-Checkup.

Medizinische Einzelabteilungen:

Diagnostik: Labor, Pulser, Belastungsger, Langzeit-ECG, Telemetrie, 24-Stl.-Blutdruckmessung, Blutgasanalyse, Erythrozytentransfusion, Spirometriemessung, Schlafapnoe-Screening, Schilddrüsen-Abkammer-Sonographie, Gefäßduplex-Duplex, Farb-Doppler-Echokardiographie, transthoraxale Echokardiographie, Intensivmedizin.

Therapie: Behavioralpsychologische Therapie, Krankheitsbewältigung, Biofeedbacktherapie, chronische Schmerztherapie, Einzel- und Gruppentherapie (Eilat/Class), ZNS, QG, Psychoedukation, insbesondere Ernährungsberatung, Ernährung und Ernährung.

Endotheltherapie: Tiefenpsychologische Einzel- und Gruppentherapie, Autogenes Training, Kinesiotherapie und Massage, Hirnstimulation, Vagusstimulation, Körperwahrnehmung, Gestalttherapie, Lichttherapie.

Klinik für Zweifelschleimhauterkrankungen (GHR) und Kreislauferkrankungen

Kostenintensiv: Private Krankenkassen (auch Krankenkassenversicherung), Bafög, Familienkassen

Bettenzahl: 46 Einzel-, 7 Doppelschlafplätze mit Betten + 1. Dazwischen, Telefon, Radio/CD, SAT-TV, DSL-Internetanschluss, Zimmerwahl, Abrechnung mit elektronischer Rechnung. Großzügige Aufenthaltsräume, Sportplatz, Hallen und Freibad mit Liegewiese, Saunabereich, Solarium.

Parkplätze, einmündige Lagen auf einem zentralen Südparkplatz 600 m über dem Oberer Hof, in einem 28 Hektar großen, traumatischen Naturpark mit Sportwegen, Hausbebauung.

Bitte fordern Sie unser Info-Flyerblatt an.

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
34117	Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippheilbad und Thermal-Sole-Heilbad
23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
97688	Bad Kissingen	G	Heilbad
07639	Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
64732	Bad König	K	Heilbad
78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G – ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
61462	Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
06628	Bad Kösen	G	Heilbad
93438	Kötzting	Stadtteil Kötzting	Kneippkurort
82433	Bad Kohlgrub	G	Heilbad
83708	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
55543	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
79189	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
86381	Krumbach (Schwaben)	B/Sanatorium Krumbach	Peloidkurbetrieb
54655	Kyllburg	Kyllburg	Kneippkurort

St. Peter-Ording / Nordsee: kuren, wo andere urlauben

In privater Reha-Klinik mit Hotelambiente behandelt unser medizinisches und therapeutisches Kompetenzteam nach modernem rehawissenschaftlichen Konzept und ganzheitlicher Sichtweise:

- Herz-Kreislauf-System
 - Rücken, Muskeln, Gelenke
 - Stoffwechsel, Adipositas
 - Psychosomatik, Stress, Burn-Out
 - Atemwege, HNO
- Spezialprogramme:
- Tinnitus
 - Herz-Kreislauf, Hochdruck
 - Gewichtsreduktion
 - Tabakentwöhnung



25826 St. Peter-Ording
 Fon: 048 63 / 8 67 02
 Info@GesundheitsKlinik.com
 www.GesundheitsKlinik.com



Strandklinik 
St. Peter-Ording

in guten Händen

FACHKLINIK FÜR PSYCHOSOMATIK, PNEUMOLOGIE,
DERMATOLOGIE, ORTHOPÄDIE UND HNO/TINNITUS

Erholen Sie sich mit allen Sinnen: Spüren Sie die Heilkräfte der Natur. Hören Sie das Meeresrauschen. Atmen Sie die frische Nordseeluft. Schmecken Sie das Salz auf Ihren Lippen und erleben Sie die Weite des Horizonts. Profitieren Sie von unserer langjährigen Erfahrung und medizinischen Kompetenz.

Unser Haus verfügt über alle Annehmlichkeiten eines modernen Klinikgebäudes, vom Meerwasser-Schwimmbad, Sauna, über moderne Trainingsmöglichkeiten und ist direkt am Nordseedeich gelegen.

Die Strandklinik St. Peter-Ording ist beihilfefähig.



Strandklinik St. Peter-Ording
Fritz-Wischer-Straße 3, 25826 St. Peter-Ording
Telefon 0 48 63 / 7 06 01, Telefax 0 48 63 / 7 06 17 99
info@strandklinik-st-peter-ording.de, www.strandklinik-st-peter-ording.de



Ihr Partner für erfolgreiche medizinische Rehabilitation

Vogtland-Klinik Bad Elster



Forststraße 3
08645 Bad Elster
☎ 037437-60
service@vogtland-klinik.de
www.vogtland-klinik.de

- ⇒ *Urologie / Uroonkologie /
Neurourologie /
Nephrologie*
- ⇒ *Gynäkologie /
gynäkologische Onkologie*
- ⇒ *Orthopädie /
Rheumatologie /
Traumatologie*

***Bitte fordern Sie unser Informationsmaterial an -
Wir freuen uns auf Sie!***



Anschlussheilbehandlung-Rehabilitation-Beihilfefähigkeit

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
49196	Bad Laer	G	Soleheilbad
56112	Lahnstein	B/Kurtherme Rhein-Lahn der Viktoria Thermalbad Lahnstein GmbH	Heilquellen-Kurbetrieb
99947	Bad Langensalza	Bad Langensalza	Heilbad
26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
04651	Bad Lausick	Bad Lausick	(Mineral-)Heilbad
37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
36448	Bad Liebenstein	Bad Liebenstein	Heilbad
04924	Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
07356	Lobenstein	Lobenstein	(Moor-)Heilbad



JOHANNESBAD
FACHKLINIK



Die Johannesbad Fachklinik in Bad Füssing ist 4-fach zertifiziert und verfügt über die Abteilungen: Orthopädie, Akut-Schmerzzentrum, Psychosomatik, Urologie, Dt. Zentrum für Osteoporose/Chinesische Medizin (mit hauseigener Therme, einer der größten Thermen Europas)

ZULASSUNGEN

Stat. Behandlung nach § 40 II SGB V bzw. § 15 SGB VI, Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V (konserv. Orthopädie), Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, zugel. Krankenhaus nach § 108 SGB V (Orthopädie/Schmerztherapie, psychosomat. Erkrankungen), amb. Reha: Genehmigung d. Arbeitsgemeinschaft d. Krankenkassenverbände Bayern bei muskuloskeletalen Erkrankungen, Kompaktkur (Osteoporose, WS/Hüfte/Schulter, Metabol. Syndrom), amb. Zulassungen. Voraussetzungen § 4 Abs. 5 MB/KK (Musterbedingungen Verband priv. Krankenversicherungen) gegeben.



Johannesbad Fachklinik

Johannesstraße 2 • 94072 Bad Füssing
Telefon + 49 (0) 85 31 23-0 • Fax + 49 (0) 85 31 23-29 86
info@johannesbad.de • www.johannesbad.de



Sonneneck Psychosomatische Klinik



Individuelle Medizin für Körper, Geist und Seele

In der Psychosomatischen Klinik Sonneneck werden Krankheiten und Beschwerden aus der Psychosomatik behandelt wie Depressionen, Angst-, Ess- und Zwangsstörungen, psychische Traumata, chronische Schmerzen, Burnout oder auch seelisch mit bedingte Krankheiten aus der Inneren Medizin wie hoher Blutdruck, Tinnitus, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, Schlaf- und Sexualstörungen. Die Psychosomatische Klinik Sonneneck arbeitet nach einem speziellen Bio-psycho-sozialen Konzept entsprechend den wissenschaftlichen Leitlinien; die Therapien der Anthroposophischen Medizin berücksichtigen die Individualität eines jeden Menschen und sind auf inneres Wachstum und Reife ausgelegt.

Psychosomatische Klinik Sonneneck GmbH
Fachklinikhaus für Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie
Wilhelmstraße 6, 79410 Badenweiler
Telefon: 0 7632/752-400
www.klinikensonneneck.de

Rehabilitation und Kurorte

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
21335	Lüneburg	Kurpark mit Kurzentrum	Sole-Moor-Heilbad
23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort
56470	Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie die Bahntrasse Eberbach-Bad Marienberg)	Kneippheilbad
83487	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
98666	Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
97980	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
23879	Möln	Möln	Kneippkurort
72116	Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
31848	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
55583	Bad Münster am Stein – Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
82418	Murnau a. Staffelsee	B/Ludwigsbad Murnau	Moorkurbetrieb
02953	Bad Muskau	G	(Moor-)Heilbad
61231	Bad Nauheim	K	Heilbad



Die Fachklinik für Neurologie und Neurologische Psychosomatik

Wir behandeln

- Neurologische Erkrankungen wie z. B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Multiple Sklerose, Epilepsie, Sprach- und Schluckstörungen
- Psychosomatische Erkrankungen mit neurologischem Schwerpunkt, z. B. Konversions- und Bewegungsstörungen, Schmerzsyndrom, Tinnitus u. a.

Wir bieten

- Anschlussheilbehandlungen/Anschlussrehabilitationen
- Stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen



Telefon (02638) 898-0
 Telefax (02638) 898-276
www.westerwaldklinik.de
info@westerwaldklinik.de

Buchenstraße 6
 56588 Waldbreitbach



Dr. Becker  Rhein-Sieg-Klinik
Neurologie, Orthopädie und Osteologie
Früh-/Rehabilitation, Diagnostik, Prävention

Qualitätsreha mit menschlicher Nähe

- Hochprofessionelle medizinische Versorgung
- Langjährige medizinisch-therapeutische Kompetenz
- Aufmerksame und vertrauensvolle Betreuung

Höhenstraße 30
51588 Nümbrecht
Telefon 0 22 93 / 9 20 - 0
info.rhein-sieg-klinik@dbkg.de

Wir sind für Sie da!

www.dbkg.de



Zertifizierte
Qualitäts
Rehabilitation
ISO 9001:2000 plus
DEGE MED



Friesenhörn-Nordsee-Kliniken

Nordseeheilbad Horumersiel - Nordseebad Dangast

MUTTER-KIND-KUREN AN DER NORDSEE

Kostenlose Beratung unter:
0800 - 944 0922
www.friesenhoern.de

Aufnahme Versicherter aller Kassen und Privatpatienten
Versorgungsverträge nach §§ 111, 111 a SGB V, beihilfefähig



NaturaMed
Fachklinik

- **BurnOut**
- **Lebenskrise**
- **Depression**
- **Ängste**
- **chronische Schmerzen**
- **Essstörung**

Wir **suchen** nach versteckten Krankheitsursachen und zeigen naturmedizinische Wege zu neuer Kraft. Ursachendiagnose, Schnupperwoche, Krankenhaus- oder Kuraufenthalt. Gerne informieren wir Sie.

**Einzelzimmer
Einzeltherapie**

Psychosomatisches
Privatkrankenhaus
beihilfefähig

0 75 24 . 990 - 222
88339 Bad Waldsee
naturamed.de

**Einzigartig
in Deutschland!**

NaturaMed  ...wir bringen sie wieder in schwing!

Die Rehabilitation von Atemwegserkrankungen

Heutzutage hat die „Pneumologische Rehabilitation“, die Wiederherstellung oder Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei zugrunde liegenden akuten oder chronischen Lungenerkrankungen, einen festen Platz in der modernen Medizinwelt.

Um welche Krankheiten geht es?

Die häufigste Erkrankung der Atemwege, die zu einer Rehabilitationsmaßnahme führt, ist die COPD, d.h., die chronische Bronchitis mit Atemwegsverengung. Auslöser für diese Krankheit ist in 90% der Fälle das Rauchen. Die COPD verläuft schleichend, oft unbemerkt. Der Patient hustet und findet das normal. Auswurf kommt hinzu und im Lauf der Zeit auch Atemnot.

An zweiter Stelle steht dann das Asthma bronchiale. Eine Erkrankung, die oft in frühester Kindheit beginnt und gekennzeichnet ist durch anfallsweise Atemnot, ausgelöst meistens durch Allergien oder Infekte der Atemwege.

Ebenfalls ein Grund für eine Rehabilitationsmaßnahme ist eine schwer verlaufende Lungenentzündung, die manchmal dazu führt, dass Patienten künstlich beatmet werden müssen.

In Zeiten der modernen Medizin werden zunehmend auch Patienten mit Lungenoperationen zur Rehabilitation aufgenommen. In erster Linie handelt es sich hierbei um Patienten mit Lungenkrebs, denen ein Lungenlappen, manchmal aber auch bis zu einer Lungenhälfte, entfernt wurde.

Welche Voraussetzungen an den Standort sollten gegeben sein?

Es wird traditionell ein Standort mit einem „Reizklima“ bevorzugt, d.h., ein heil-klimatischer Kurort, der durch seine Klimafaktoren den Stoffwechsel und die Gesamtaktivität des Körpers anregen soll. Standorte, die dieses Prädikat tragen, finden sich vielfach auch in den Mittelgebirgslagen (z. B. Bad Dürkheim).

Ein zusätzlicher wichtiger Faktor für Rehabilitationskliniken, die sich auf die Atemwege spezialisiert haben, ist die Sole. Es handelt sich hier um natürlich vorkommendes, mit Kochsalz angereichertes Wasser, wie es in Soleheilbädern anzutreffen ist. Das Solewasser wirkt bei Inhalation schleimlösend, auch eine entzündungshemmende Wirkung wird der Natursole zugeschrieben.

Wie sollte ein Rehabilitationsprogramm in einer Rehabilitationsklinik für Atemwegserkrankungen aussehen?

Heutzutage wird eine ganzheitliche Therapie mit Berücksichtigung medizinischer, sporttherapeutischer, psychosozialer und ernährungswissenschaftlicher Aspekte angestrebt. D.h., die Therapie orientiert sich am Krankheitsbild des Patienten; von medizinischer Seite wird versucht, die medikamentöse Therapie zu optimieren. Wichtig ist deshalb, dass Lungenfachärzte in der Klinik vorgehalten werden und dass eine 24-Stunden Arztpräsenz gegeben ist.

Von psychologischer Seite ist wichtig, bei der Verarbeitung der Krankheit zu helfen und bei Bedarf ein Verhaltenstraining anzubieten, z.B. Tabakentwöhnung bei Patienten, die noch Rauchen.

Ebenso wichtig ist eine kompetente Ernährungsberatung, nicht nur bei Patienten mit Übergewicht. Gerade bei der COPD fällt auf, dass in einem fortgeschrittenen Krank-

heitsstadium viele dieser Patienten untergewichtig sind. Dies ist für die Krankheit ungünstig, es fehlt Muskulatur, auch zum Atmen. Ziel muss dann sein, durch entsprechende Ernährungsberatung auf eine Gewichtszunahme hinzuwirken.

Von entscheidender Bedeutung, seit kurzem durch Studien wissenschaftlich belegt, ist die medizinische Trainingstherapie (MTT). Hierbei handelt es sich um eine Kombination aus auf den Patienten zugeschnittenem Ausdauer- und Muskelaufbautraining. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten, die sich einer solchen Trainingstherapie unterziehen leistungsfähiger sind und eine verbesserte Lebensqualität haben. Wichtig ist allerdings, dass die Sporttherapie nach Entlassung, z.B. in Form von ambulantem Lungensport, fortgeführt wird – sonst geht der Effekt wieder verloren.

Es ist inzwischen erwiesen, dass körperliches Training insbesondere bei der COPD denselben Stellenwert hat wie die medikamentöse Therapie.

Ebenfalls sehr wichtig und von der Reha-Einrichtung zu leisten ist eine strukturierte Patientenschulung. Der Patient soll lernen, mit seiner Erkrankung umzugehen und sich auch bei Verschlechterungen der Erkrankung selbst zu helfen. Bei dem Krankheitsbild Asthma bronchiale ist der positive Effekt einer solchen Schulung nachgewiesen, für die COPD steht der Nachweis noch aus.

Werden die oben genannten Punkte einer umfassenden, ganzheitlichen Rehabilitationsmassnahme berücksichtigt, so kommt es, das kann man als Pneumologe und Leiter einer solchen Einrichtung selbstbewusst sagen, in aller Regel zu einer Verbesserung des körperlichen Befindens und der Leistungsfähigkeit.

Eine chronische Atemwegserkrankung kann zwar nicht geheilt, aber sie kann mit den heutigen Möglichkeiten einer ineinander greifenden Therapie, gebessert und in ihrem Fortschreiten aufgehalten werden. Voraussetzung ist hier natürlich auch immer die entsprechende Motivation und Mitarbeit des Patienten.

M. Schnölzer, Chefarzt, Espan-Klinik, Bad Dürkheim



**Espan-Klinik
mit Haus ANNA**

Rehabilitationsfachklinik für Atemwegserkrankungen
Bad Dürkheim (700 m auf einer Hochebene; Heilklima, Soleheilbad)
AHB-Klinik, **Beihilfe**
Pauschalarrangements für Selbstzahler

- ✓ lungenfachärztliche Betreuung
- ✓ spezielle Atemtherapie
- ✓ medizinische Trainingstherapie
- ✓ Natursoleschwimmbad
- ✓ Inhalationstherapie
- ✓ Zimmer mit O²-Anschluss

Gesundheitswochen
z. B.
„Aktiv und Gesund“
7 Ü/VP
ab 634.- € p.P. im DZ
zzgl. Kurtaxe

78073 Bad Dürkheim, Gartenstraße 9, Tel: 07726/650; Fax: 07726/9395-929
E-Mail: info@espan-klinik.de ; www.espan-klinik.de

Rehabilitation und Kurorte

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
34309	Naumburg	K	Kneippkurort
31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Heilbad
95698	Neualbenreuth	B/Badehaus Maierreuth, Sybillenbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
75386	Neubulach	Neubulach	Heilstollen-Kurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
93333	Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
97616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a.d. Saale, Salzburg	Heilbad
63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
25946	Norddorf/Amrum	Norddorf	Seeheilbad
26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
25845	Nordstrand	G	Seeheilbad
51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
87534	Oberstauen	G – ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort



Zur Reha?



Der Mensch im Mittelpunkt

MEDIAN Rheingau-Taunus-Klinik Bad Schwalbach

Fachklinik für Innere Medizin / Kardiologie,
Psychosomatik und Psychotherapie, Gynäkologie

Die einzige Klinik in Deutschland, die die Fachgebiete
Innere Medizin, Gynäkologie und Psychosomatik im
interdisziplinären Verfahren anbietet.

Unsere Empfehlung: Anschlussheilbehandlung,
Stationäre Heilverfahren! Sprechen Sie mit Ihrem
Arzt! Unsere Klinik ist beihilfefähig.

Pitzer ist jetzt MEDIAN ··· www.pitzer-kliniken.de ··· www.median-kliniken.de

MEDIAN Rheingau-Taunus-Klinik Bad Schwalbach · Genthstr. 7 – 9 · D-65307 Bad Schwalbach
Telefon +49 (0) 61 24 / 509 – 0 · Telefax +49 (0) 61 24 / 509 – 797



Anmeldung unter
039831 52 414

KLINIK AM HAUSSEE

ZENTRUM FÜR NEUROLOGIE • KARDIOLOGIE • ORTHOPÄDIE • PSYCHOSOMATIK • MEDICAL WELLNESS

Bucheallee 1 • 17258 Fährbergsee (niedersächstl. OT Feldberg)

Telefon 039831 52 0 • Telefax 039831 52 404

www.klinik-am-haussee.de • www.medicalwellness-haussee.de • info@klinik-am-haussee.de

Behandlungsschwerpunkte



- Adipositas, Gefäß-, Herz-/Kreislauf-, Stoffwechsell Erkrankungen
- Nervenkrankheiten (inkl. MS, Parkinson, GBS)
- Orthopädisch-rheumatische Krankheiten, Unfall-/Verletzungsfolgen
- psychische Krankheiten, Rehabilitation

Leistungen & Kostenträger



- Versorgungsvertrag (§ 111 SGB V)
- stationäre & ambulante med. Rehabilitation & stationäre med. Versorgung
- DRV, XK, BW, BG, Beihilfe, Selbstzahler

Selbstzahlerangebote



- In unserem zertifizierten Medical-Wellness-Zentrum bieten wir individuelle Urlaubsangebote für Ihre Gesundheit vom erholsamen Kurzaufenthalt bis zum umfangreichen - auf Wunsch - ärztlich betreuten Programm.

Ausstattung



- Zimmer mit TV, Tel., DufWC, Balkon (Sitzen mit gehobener Ausstattung)
- Schwimmbad, luxuriöse Sauna, Solarium, Kneipptretbrücken, Wassermassageliegen, Hauskino, Cafeteria & Kiosk, Wellnessbereich mit Privatspazieraum u.v.m.

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
63619	Bad Orb	G	Heilbad
87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
25847	Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
77740	Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
32457	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
32361	Preußisch Oldendorf	Holzhausen	Kurmittelgebiet
83209	Prien a. Chiemsee	G - ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
31812	Bad Pyrmont	K	Heilbad
78315	Radolfzell	Mettlau	Kneippkurort
83486	Ramsau bei Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort



SANIMA KLINIK
am Mayenberg GmbH

**Ihre private Fachklinik in Bad Herrenalb
für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik
und Neurologie**



Privates Krankenhaus nach §30 GeWO
Alle privaten Krankenversicherungen beihilfefähig

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. med. F. Reimer
Chefarzt: H.-J. Köhler

Intensive Therapiemöglichkeiten

- Individuelle fachliche Betreuung durch einen festen Bezugstherapeuten
- Persönliche Atmosphäre
- Kurzfristige Aufnahme möglich

ALTE DOBLER STRASSE 8, 76332 BAD HERRENALB
Telefon: 0 70 83/7 48-0, Fax 0 70 83/7 48-4 44
E-Mail: info@sanima-klinik.de, www.sanima-klinik.de

KLINIK LIMBERGER



Orthopädie
Pneumologie
Adipositas
Allergien

...hier macht Gesundheit Laune

Klinik Limberger Hammeröhlsstraße 9 · 78073 Bad Urzimmern
Telefon 07 276 / 884-0 Fax 07 276 / 884-114 · www.klinik-limberger.de

Schwerpunktklinik

der medizinischen Rehabilitation

KLINIK BAVARIA
in Kreischau

Die KLINIK BAVARIA Kreischau
bietet Ihnen folgende Bereiche an:

- Neurologie / Neuroonkologie
- Kardiologie / Angiologie
- Innere Medizin, Diabetes,
Stoffwechsel und Endokrinologie
- Orthopädie / Traumatologie und
Querschnittgelähmten-Zentrum
- Onkologie / Hämatologie
- Psychotherapie / Verhaltensmedizin
- Medizinisch-Berufsorientierte
Rehabilitation MBO®

Kostenfreie Hotline
0800 5734724



Rehabilitationszentrum für Kinder,
Jugendliche und junge Erwachsene

Besuchen Sie uns auch im Internet:
www.klinik-bavaria.de · info@klinik-bavaria.de

KLINIK BAVARIA Zschechwitz
OT Zschechwitz 1-3 | 01731 Kreischau
Tel.: 035206 5-5304



„Moorbad“ Bad Doberan

Dr. Ebel Fachklinik für Orthopädie, Rheumatologie, Onkologie,
Physikalische Medizin und Naturheilverfahren

Behandlungsschwerpunkte:

- Degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises
- Chronische Schmerzen
- Unfallfolgen und postoperative Zustände bei orthopädischen Verletzungen
- Spezielle naturheilkundliche Behandlungen
- Sportverletzungen
- Naturmooranwendungen

Schwanner Chaussee 2 • D 18219 Bad Doberan • Telefon: ++ 49 (0) 3 82 03/93-0
service@moorbad-doberan.de • www.moorbad-doberan.de

Traditionelles Naturheilmittel Moor: Moorthherapie gegen Schmerzen

Moor gilt als Inbegriff eines Naturheilmittels. Moorbehandlungen sind seit Jahrhunderten bekannt, sie wirken wohltuend auf Körper und Seele. Speziell bei schmerzhaften Leiden des Bewegungsapparates sind Moorbehandlungen eine der wirkungsvollsten Therapieformen. Moor dient als hervorragender Wärmeträger und kommt als Bad, Packung sowie beim Moorkneten und -treten zum Einsatz. Das Moor wird im klinikeigenen Torfstich gewonnen.





Klinik Bergfried Saalfeld

Dr. Ebel Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Behandlungsschwerpunkte:

- Depressive Störungen
- Trauerreaktionen
- Angststörungen
- Erschöpfungszustände
- Burn-out-Syndrom (insbesondere für Angehörige sozialer Berufe)
- Anpassungsstörungen (z. B. bei Mobbing)

Zum Fachsturm 28 • D 07318 Saalfeld • Telefon: ++49 (0)36 71/503-8
klinik.bergfried.de • www.klinik-bergfried.de

Vogelsbergklinik Grebenhain

Dr. Ebel Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatik

Behandlungsschwerpunkte:

- Angst- und Schmerzstörungen
- Depressive Störungen
- Essstörungen, wie Adipositas
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Hilfe für Helfer und Angebote für Mobbing-Betroffene (einschließlich Burn-out-Syndrom)
- Qualifizierte Raucherentwöhnung
- Berufliche Orientierung

Jaan-Barik-Straße 31 • D 36355 Grebenhain • Telefon: ++49 (0)66 43/781-8
info@vogelsbergklinik.de • www.vogelsbergklinik.de

Kompetenz durch Spezialisierung

Sie möchten für sich selbst und Ihre Gesundheit nur das Beste? Vertrauen Sie den Spezialisten-Teams der renommierten Privatklinik St. Wolfgang im niederbayerischen Bad Griesbach bei Passau, deren oberstes Ziel es ist, das wichtigste Gut eines Jeden, die Gesundheit, zu erhalten. Das medizinische Angebot im Hause richtet sich an Privatversicherte, beihilfeberechtigte Personen, Patienten der Berufsgenossenschaften sowie Selbstzahler und umfasst die Fachbereiche Innere Medizin & Kardiologie, Orthopädie & Sportmedizin sowie Urologie.

Gesundheit ist Vertrauenssache



Je nach Behandlungsspektrum (Anschlussheilbehandlungen (AHE), Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (ehem. Sanatoriumskur), Aufenthalte mit und ohne Operation sowie konservative Aufenthalte) versorgen Sie hochprofessionelle ärztliche Spezialisten, bestens geschulte Pflege- und Verwaltungsfachkräfte sowie examinierte Physiotherapeuten und Diplom-Sportlehrer.

Betreuung vor, während und nach dem Aufenthalt

Das Team im Patientenmanagement der Asklepios Klinik St. Wolfgang ist der individuelle Ansprechpartner rund um Ihren Aufenthalt im Hause. Hier erhalten Sie kompetente Hilfe bei Fragen bezüglich Kostenübernahme, Kostenzusage, Kostenerstattung sowie schnelle und unbürokratische Hilfe bei Versicherungsproblemen.

Abgerundet wird das äußerst vielfältige Angebot durch das 2.000 m² große Physio-Therapiezentrum im St. Wolfgang, welches zudem Vertragspartner aller gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie der Berufsgenossenschaften ist! Zu den Besonderheiten im Hause zählen neben stilvoll und elegant eingerichteten Restaurants, der Innenpool mit 36°C warmen Bad Griesbacher Thermalwasser, ein Außenpool mit 29°C sowie die weitläufige Saunenlandschaft mit Ruheraum.

Kontakt Patientenmanagement:

Tel. +49(0)8532 980 602

Fax +49(0)8532 980 616

eMail: pat-management.badgriesbach@asklepios.com

Die Asklepios Klinik St. Wolfgang in Bad Griesbach
ist eine private Fachklinik für:

**Innere Medizin & Kardiologie,
Orthopädie & Sportmedizin,
Urologie**

Profitieren Sie von der langjährigen Erfahrung sowie der
weitreichenden Fachkompetenz des Spezialisten-Teams:



Dr. med. Petra Heizmann
Ärztliche Direktorin
Klinik St. Wolfgang,
Chefärztin Innere Medizin
Kardiologie - Rettungsmedizin
Internistische Intensivmedizin



Dr. med. Heinz-Jürgen Eichhorn
(sorthopaedicum)
Orthopäde - Sportmedizin
Ärztlicher Direktor
Klinik St. Wolfgang
Spezialgebiet Knie und Kniegelenk

- Akutstationäre Aufenthalte mit und ohne Operation
(mit anschließender Möglichkeit zur AHB)
- Anschlussheilbehandlungen (AHB) nach Operationen
- Konservative Aufenthalte
- Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (ehem. Sanatoriumskur)

Ludwigpromenade 6, D-94086 Bad Griesbach-Therme
Tel. +49(0)8532 980 0, Fax 980 635
eMail: BadGriesbach@asklepios.com, Internet: www.stwolfgang.de



Olympiaplatzpunkt
Bayern



ASKLEPIOS
Bereitsam für Gesundheit

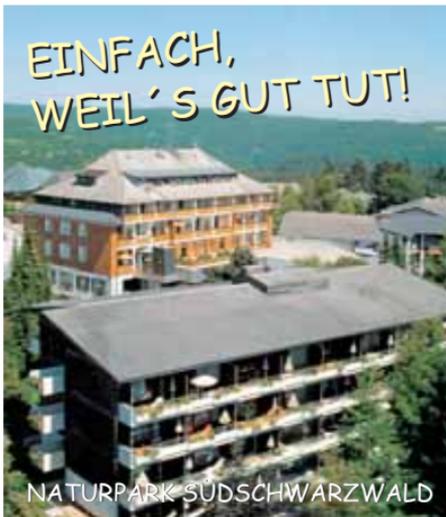
sorthopaedicum
straußing bwh regensburg



Rehabilitation und Kurorte

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
74906	Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-)Heilbad
83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
77776	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
49214	Bad Rothenfelde	G	Heilbad
83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
72108	Rottenburg a.N.	Bad Niedernau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
15526	Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
36364	Bad Salzschlirf	G	Mineralheilbad und Moorbad
32105	Bad Salzuffen	Bad Salzuffen	Heilbad
36443	Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad
77887	Sasbachwalden	G	Kneippkurort
59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
01814	Bad Schandau	Bad Schandau	Kneippkurort



St. Georg

Vorsorge- und Rehabilitationskliniken
Fachklinik für Innere Medizin

Orthopädie/Rheumatologie
Herz- und Kreislauferkrankungen
Atemwegserkrankungen/Sarkoidose
AHB-Maßnahmen in allen
Indikationen

Die Indikationen und die entsprechende Besetzung mit Fachärzten ermöglichen die Durchführung einer interdisziplinären Medizin

Gerne senden wir Ihnen Informationsmaterial zu!

Kurhausplatz 1 · D-79862 Höchenschwand
im Naturpark Südschwarzwald

Telefon: 0 76 72/4 11-0 · Fax: 0 76 72/4 11-240 · www.porten.de



**PARACELSUS
KLINIK FÜR GERIATRIE
VGR-MITGLIED**

Fachklinik für Geriatrie (ab 18 J.)
Verfahrensmethodische Größenspezifische
Rehabilitation (VGR)



Dachauerstraße 20
37501 Bad Gandersheim
Telefon: (0 53 02) 917-0
Telefax: (0 53 02) 917-64
E-Mail: kontakt@paracelsus.de
www.paracelsus-klinik.de

Behandlungsmethoden

- 200 m² große Therapiegruppen und
Einzelklientenräume
- Rehabilitation durch über
örtliche Dienste in den Krankenzimmern
- Geriatrische Schulungen für alle im
Bereich der Betreuungspflichten
- Verfahrensmethodische Größenspezifische
Rehabilitation (VGR)
- Integrierte Rehabilitation für Berufstätige
Größenspezifische Rehabilitation (VGR)
- Seniorenorientierte Größenspezifische
Anschlussrehabilitation (VGR)



**PARACELSUS
OSTPREUßEN-KLINIK
VGR-MITGLIED**

Fachklinik für Seniorenoziotrische
Größenspezifische Arbeitsrehabilitation
(SAR) und Größenspezifische Rehabilitation



Dachauerstraße 4
37501 Bad Gandersheim
Telefon: (0 53 02) 707-0
Telefax: (0 53 02) 707-601
E-Mail: kontakt@paracelsus.de
www.paracelsus-klinik.de/ostpreuen-klinik

Behandlungsmethoden

- Anschlussrehabilitation nach Gelenk-
operationen und Unfallrehabilitation
- Integrierte Rehabilitation für Senioren
unter Berücksichtigung der über
örtlichen Lebensumstände
- Rehabilitation durch über
örtliche Dienste in den Krankenzimmern

Gesundheits-Tipps der Inselklinik

Ganzkörper-Kältetherapie

Kälte wird in gleicher Weise wie Wärme seit alters her als therapeutisches Medium eingesetzt. Die Ganzkörper-Kältetherapie wird seit 1984 in Deutschland angewendet. Die therapeutische Temperatur beträgt -110°C .

In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte belegt werden, dass eine kurzzeitige Einwirkung (eine halbe bis drei Minuten) einer so extremen Kälte zu einer Schmerzblockade, einer Minderung entzündlicher Prozesse, zur Lösung von Muskelverspannungen und zu einer Modulation des Immunsystems führt.

Indikationen: Chronisch entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen, Fibromyalgie, Schmerzen der Muskulatur und der Gelenke, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Neurodermitis, Psoriasis vulgaris.



Hyperbare Sauerstofftherapie

Bei dieser Behandlung wird Sauerstoff unter einem Druck eingeatmet, der höher ist als der normale atmosphärische Umgebungsdruck. Der über die Atemwege aufgenommene Sauerstoff wird physikalisch im Blut gelöst und an den Ort des chronischen oder akuten Sauerstoffmangels gebracht. Durch den erhöhten Druck kann der Sauerstoff tiefer in das Gewebe eindringen und auch Körperzellen erreichen, deren Existenz bedroht ist.

Indikationen: Chronische Wunden mit schlechter Heilungstendenz, funktionelle Störungen des Innenohrs mit und ohne Tinnitus (akuter Hörsturz, Knalltrauma), periphere Durchblutungsstörungen, therapieresistente Migräne.



Service-Paket für Beihilferechtige und Privatversicherte

Im Bereich stationärer Heilbehandlung erhalten Sie ein attraktives Service-Paket. Weitere Informationen zu diesen Themen (auch zur Kostenübernahme) erhalten Sie auch gerne telefonisch unter unserer **Kostenlosen Service-Hotline**

0800-3333456



www.inselklinik.de

5 Sterne für Ihre Gesundheit:
**Die Inselklinik
auf Usedom!**



Rehabilitations- (ärztliche Beratungs- und Beratung) - Krankenkassen- und -Krankenkassen- (ärztliche Beratung) (ärztliche Beratung)

Burn out?

Wirksame NIVs durch multimodale Komplexbehandlung.

Chronische Schmerzen?

NIVs durch multimodale Schmerztherapie mit integrierter Ganzkörper-Physiotherapie.

Die Inselklinik Heringsdorf „Haus Kulm“ ist spezialisiert auf die Behandlung von psychosomatischen Krankheitsbildern, insbesondere von chronischen Schmerzen wie Spannungskopfschmerz, Migräne und Fibromyalgie-Syndrom, Tinnitus, Erschöpfungszuständen/Burn out, depressiven Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen und Schlafstörungen.

Ein erfahrenes Team aus Fachärzten, Psychologen, Gestaltungstherapeuten, Tanztherapeuten, Physiotherapeuten, Ernährungsberatern, Sozialpädagogen, Krankengymnasten und Sporttherapeuten garantiert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Umsetzung des ganzheitlichen Behandlungskonzeptes.

Die **Quarz- und Kohlenwassertherapie** bei -110°C und die **Sulfidwasserstoff-Sulfidtherapie** stehen als spezifische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Individuelle Informationen unter unserer
Kontakt- oder Service-Nummer 0300-3232456



UNTERNEHMENSGRUPPE

MED-HEIL

INSELKLINIKUM HERINGSDORF

HAUS KULM

Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kilbinger Str. 9 • 17524 Ostvorpommern Heringsdorf
Tele 030 370 39 20 9 • E-Mail kontakt@inselklinikum-heringsdorf.de

www.inselklinik.de

Rehabilitation und Kurorte

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad
88175	Scheidegg	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
32816	Schieder-Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
65388	Schlangenberg	K	Heilbad
53937	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
08301	Bad Schlema	G	Heilbad
79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
57392	Schmallenberg	a) Fredeburg b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
75328	Schömburg	Schömburg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
83471	Schönau a. Königssee	G	Heilklimatischer Kurort
24217	Schönberg	Holm	Heilbad und Kneippkurort
76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingsheim b) Langenbrücken Heilbad	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
39624	Schönebeck-Salzellen	G	Heilbad
78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-)Heilbad
65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad
87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
23795	Bad Segeberg	G	Heilbad



- Kompetenz in der onkologischen Nachsorge

Klinische Onkologie

Fachärztliche Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)

1. Stufe: Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)
2. Stufe: Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)

Klinische Pflege

Fachärztliche Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)

1. Stufe: Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)
2. Stufe: Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)

Klinische Rehabilitation

Fachärztliche Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)

1. Stufe: Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)
2. Stufe: Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)

Klinische Ernährung

Fachärztliche Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)

1. Stufe: Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)
2. Stufe: Versorgung in der Onkologie (HNO, Gyn, Intern, Pädiatrie, Dermatologie, Strahlentherapie)

Klinik mit
Fachbereichen für:

- Innere Medizin
- Orthopädie
- Psychoonkologie

Diabeteszentrum für Erwachsenen
Lehrklinik für Ernährungswissenschaften

- Ausdrucksheilbehandlung (AHE)
- Teilzeitfähig / gesetzlich und
private Krankenkassen
- Gesundheitsförderung und
Spezialprogramme

WIR SIND SPEZIALISIERT AUF:

- Herz-Kreislauferkrankungen
- Diabeteserkrankung
- Lipidstatus / Gewichtreduktion
- Nierenerkrankungen
- Orthopädische Erkrankungen
- Erschöpfungssyndrome („Burnout“)
- Psychische Begleitreaktionen
bei körperlichen Erkrankungen

Stress lass nach! ...ausgebremst, erschöpft?



Telefon: 0800/534-6190 (kostenlos)



Klinik Hohenfreudenstadt
Zentrum für Prävention & Rehabilitation

Davon ist ihr körperlich-seelisches Gleichgewicht wiederfinden!

72250 Fachsenk - Trübenweg 17 - Fax: 09441/534-600

info@klinik-hohenfreudenstadt.de - www.klinik-hohenfreudenstadt.de



Klinik am schönen Moos

Klinik für Psychosomatische Medizin
Psychiatrie und Psychotherapie

Wir behandeln psychosomatische Erkrankungen sowie akute und chronische neurologische, vegetative- und somatoforme Störungen, Funktionsstörungen der Verdauungs-Blutungs- und Muskulatur Störungen psychischer Ursprungs wie zum Beispiel:

- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Essstörungsstörungen
- Essstörungen
- Übergewicht
- Spezielle Psychotherapie für Kinder, Frauen und Familien
- Seltene heftige Körperbeschwerden
- Schmerzstörungen (chronisch)
- Trauer
- Traumafolgestörungen
- Infantile Psychotherapie
- Erziehung
- Psychotherapie für 2. Lebenshälfte

Klinik am schönen Moos – Am schönen Moos 7-9 – 88548 Bad Siedlgau
Telefon 0 75 81 1607-275 – info@klinik-am-schoenen-moos.de – www.klinik-am-schoenen-moos.de



DEKIMED®

Kompetente Hilfe bei Burn-out-Symptomen

Wann genau sich Nadja Gläser das erste Mal völlig „ausgebrannt“ fühlte, kann sie im Nachhinein nicht mehr genau sagen. Als Lehrerin einer Gesamtschule war sie es gewohnt, mit der Lernunlust bei Schülern und steigenden Erwartungen von Eltern klarzukommen. „Ich habe den Stress immer als positiv empfunden“, sagt die 36jährige. „Bei Herausforderungen bin ich eigentlich erst richtig aufgeblüht.“ Doch dann wurden die Anforderungen immer größer und Nadja Gläser reagierte wie viele besonders pflichtbewusste und engagierte Menschen, indem sie noch mehr arbeitete und sich um ein positives Arbeitsklima bemühte, bis nach und nach ihre Energie- und Kraftreserven zuneige gingen und chronische Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Angstgefühle und Schlafstörungen einsetzten.



Für die Fachleute der CELENUS Deutschen Klinik für Integrative Medizin und Naturheilverfahren (DEKIMED) ein klassischer Fall, denn laut einer aktuellen Studie leiden etwa 35 % der Lehrer an Burn-out-Symptomen, weitere 30 % befinden sich in einem Vorstadium zum Burn-out.

Das vielseitig und kompetent ausgebildete Team aus Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Gesundheitstrainern ist auf **psychosomatische Krankheitsbilder / Erschöpfungssyndrome** sowie **chronische (Schmerz-) Erkrankungen** spezialisiert. Im Rahmen des **integrativen Behandlungskonzepts** der DEKIMED werden **moderne Schulmedizin** und **wissenschaftlich anerkannte westliche und östliche Naturheilverfahren** kombiniert und gemeinsam individuell auf den Patienten abgestimmt. Daneben zeigen die speziellen Gesundheitstrainings Wege, den Lebensstil sinnvoll zu ändern und bieten große Chancen auf einen **lang anhaltenden Therapieerfolg**.

Weitere Informationen über die DEKIMED erhalten Sie unter unserer kostenlosen Hotline **0800/751 11 11** oder im Internet auf www.dekimed.de

CELENUS Deutsche Klinik für Integrative Medizin und Naturheilverfahren



**Durch die einzigartige Verbindung von Schulmedizin
und Naturheilverfahren seit vielen Jahren erfolgreich
in der Behandlung chronischer Erkrankungen***

- Erschöpfungssyndrome, Burn-out-Syndrom
- chronischer Schmerz
- chronische Rückenbeschwerden
- Herzerkrankungen
- Diabetes und andere
Stoffwechselerkrankungen
- Depression

*von der Beihilfe als Sanatorium anerkannt



Prof. Dr. med. habil.
Thorsten Doering
Ärztlicher Direktor

Info-Hotline: 0800/751 11 11
www.dekimed.de



Fordern Sie unseren
kostenlosen Prospekt an:
CELENUS Deutsche Klinik für Integrative
Medizin und Naturheilverfahren
Prof.-Paul-Köhler-Straße 3
08645 Bad Elster
Tel.: 037437 75-0
Fax: 037437 75-1100
Info@dekimed.de
Ein Unternehmen der
CELENUS-Kliniken GmbH



DEKIMED

CELENUS DEUTSCHE KLINIK FÜR INTEGRATIVE MEDIZIN
UND NATURHEILVERFAHREN
Fachzentrum für Innere Medizin/Stoffwechsel,
Psychosomatik und Orthopädie

Rehabilitation und Kurorte

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
83313	Siegsdorf	B/Kurheim Bad Adelholzen	Heilquellen-Kurbetrieb
53489	Sinzig	Bad Bodendorf	Heilkurort
55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Felke-Heilbad
65812	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
63628	Bad Soden-Salmünster	Bad Soden	Mineralheilbad
29614	Soltau	B	(Sole-)Heilbad
37242	Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
37444	St. Andreasberg	G	Heilklimatischer Kurort
79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad und Mineralheilbad
96231	Staffelstein	B/Thermal-Solebad Staffelstein (Obermain-Therme)	Heilquellen-Kurbetrieb
95138	Bad Steben	G	Heilbad
98714	Stützerbach	Stützerbach	Kneippkurort
70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
06507	Bad Suderorde	G	Heilbad
18334	Bad Sülze	G	(Moor- u. Sole-) Heilbad

Perspektive Gesundheit

- Orthopädisch-traumatologische Rehabilitation
- Anschlussheilbehandlung (AHB)
- Prävention, Medical Fitness, Medical Wellness
- Mineral-Thermalbad, Saunalandschaft
- Wohlfühl-Ambiente



Ein Standort an den

heilquellen
freiburg

An den Heilquellen 8 · 79111 Freiburg · Telefon 0761 4789 0
info@mooswaldklinik.de · www.mooswaldklinik.de



Gesund werden, gesund bleiben *in Ihrer Fachklinik für Naturheilverfahren*

Ob es um eine chronische Erkrankung, aktive Vorsorge, Heilfasten, eine Änderung des Lebensstils oder einfach darum geht, neue Energien zutanken: In der Malteser Klinik von Weckbecker dreht sich alles um Sie und Ihre Gesundheit!

Seit über 50 Jahren wenden wir die bewährten europäischen Naturheilverfahren an und beziehen moderne schulmedizinische Erkenntnisse mit ein. Ganz im Sinne einer zeitgemäßen, integrativen Medizin behandeln wir:

- Migräne und chronische Kopfschmerzen
- Erschöpfungssyndrome (Burn-Out)
- Stoffwechselerkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Herz-Kreislauferkrankungen
- Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen

Heilfasten- und Ernährungstherapie
Colontherapie (Darmsäuberung)
Hydrotherapie nach Kneipp
Physiotherapie und Osteopathie
Phytotherapie und Homöopathie
Sport- und Bewegungstherapie
Entspannungstherapie

*Verbinden Sie Genießen mit Genesen
in unserer Klinik mit Wohlfühl-
ambiente in der Bayerischen Rhön*

Die Klinik ist von den Beihilfestellen als
Sanatorium anerkannt.

Ruppelstraße 20 | 97769 Bad Brückenau
Tel. 09741 830 | weckbecker@bruedenau.malteser.org
www.weckbecker.com



Malteser

Klinik von Weckbecker
Fachklinik für Naturheilverfahren

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
99518	Bad Sulza	Bad Sulza	Heilbad
99891	Tabarz	Tabarz	Kneippkurort
83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
75385	Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
17268	Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
99955	Bad Tennstedt	G	Heilbad
94136	Thyrnau	B/Sanatorium Kellberg	Mineralquellen-Kurbetrieb
23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
79682	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
83646	Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz b) Gebiet d. ehemal. Gemeinde Oberfischbach	Heilbad und Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
23570	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
91757	Treuchtlingen	B / Altmühltherme / Lambertusbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad



Kurpark-Klinik
Kurstraße 41 - 45
61231 Bad Nauheim

Patientenservice:
0209-17973-0

Besuchen Sie uns im Internet:
www.reha.de

KURPARK KLINIK BAD NAUHEIM

Klinik für Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation

Wir als moderne Rehabilitations-Klinik mit den Fachbereichen Innere Medizin, Orthopädie und Urologie möchten Sie bestmöglich unterstützen, zuversichtlich nach dem Klinikaufenthalt in Ihren Alltag zurückzukehren.

Dabei stehen

- ✓ die Optimierung Ihrer Lebensqualität,
- ✓ die Steigerung Ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit,
- ✓ das Ziel die Wiedereingliederung in das Berufsleben und die Gesellschaft zu sichern, im Mittelpunkt unserer Bemühungen.



Orthopädische Anschlussheilbehandlungen



Hotelcharme prägt Reha-Fachklinik MEDIGREIF Parkklinik in Greifswald

- Die MEDIGREIF Parkklinik liegt in einer wunderschönen Parkanlage des Greifswalder Gesundheits- und Sozialzentrums der MEDIGREIF Unternehmensgruppe.
- Die Einrichtung bietet als Fachklinik für Orthopädische Rehabilitation Patienten nach akuten Behandlungen im Krankenhaus und bei Beeinträchtigungen der gewohnten Aktivitäten des täglichen Lebens Anschlussheilbehandlungen bzw. Anschlussrehabilitationen an.
- Neben der ärztlichen und pflegerischen Betreuung kommen weiterhin umfassende krankengymnastische, ergotherapeutische und balneo-physikalische Behandlungen in Form eines abgestimmten Rehaplanes zur Anwendung.
- Ziel unserer Fachklinik ist es, nicht nur körperliche, sondern im Heilverfahren vor allem auch seelische und soziale Faktoren zu berücksichtigen, die zur Entstehung einer Erkrankung führen.



- ✓ Hotelambiente im gesamten Haus!
- ✓ Ausschließlich Einzelzimmer
- ✓ Begleitservicen möglich!



Ihre Gesundheit - Wir sorgen dafür!



UNTERNEHMENSGRUPPE
MEDIGREIF
PARKKLINIK
Greifswald

Klinik für Geriatrie und Orthopädische Rehabilitation
Zentrum für Ambulante Rehabilitation des Ludwig-Geißler

Höhere Auskünfte erhalten Sie unter
MEDIGREIF Parkklinik GmbH
Pappelallee 1
17489 Greifswald
Telefon: (03834) 802-110
parkklinik@medigreif.de

www.medigreif-parkklinik.de

Rehabilitation und Kurorte

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
26316	Varel	B- Dangast	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
61118	Bad Vilbel	K	Heilbad
78050	Villingen-Scheningen	Villingen	Kneippkurort
32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
26434	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
26486	Wangerooze	G	Nordseeheilbad
34414	Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heilquelle)
66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
25996	Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
25980	Westerland	Westerland	Seeheilbad
37447	Wieda	Wieda	Heilklimatischer Kurort
09488	Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
65189	Wiesbaden	K	Heilbad
83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad

TOMESA Fachklinik
 36364 Bad Sätzschliff
 Tel. 06648 / 550; Fax 55 61 27
 tomesa@tomesa.de; www.tomesa.de

TOMESA[®]

HILFE
 bei Hauterkrankungen, Rheuma &
 Burn Out

„Das Tote Meer“
 in Deutschland



Angebote für Selbstzahler, z.B.
 Hautkur zum „selbst Verschreiben“:
 1 Üb./Fr. 40,- €
 inkl. 12gl. 2x Balneo-Therapie

Betung
 durch alle Krankenkassen
 und Rentenversicherungen

LEBENSWEIT GESUND WERDEN IN BAD KÖSEN!

...UND SICH DABEI ERGÖTT VORL FÜHLEN –
IN DER KLINIK DER LIEJE GRUPPE.

In Bad Kösen, dem sympathischen Kurort an der Saale, stehen Ihnen mit dem Saale Reha-Klinikum zwei Fachkliniken der Lieje-Gruppe zur Verfügung. Beide Einrichtungen sind Spezialkliniken für Rehabilitationsmaßnahmen mit intensiver medizinischer u. therapeutischer Betreuung.



Fachbereich Orthopädie (Klinik I und II)

- Alle orthopädischen Erkrankungen, die durch angeborene Veränderungen, Verschleiß oder Unfall/Verletzungen bedingt sind.
- Zustand nach orthopädischen, neurochirurgischen und rheumatischen Operationen
- Osteoporose – Zentrum für Osteologie

Fachbereich Kardiologie (Klinik II) – Behandlung von Stenosen/Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems

- nach Bypass- oder Herzklappenoperation
- nach Herzschrittmacher-Implantation
- nach Ballonaufweitung der Herzkranzgefäße und der Hals- oder Beinadern
- bei Durchblutungsstörungen und nach Herzinfarkt
- bei Herzmuskelerkrankungen
- bei Herzklappenfehlern
- bei Bluthochdruck und vermindertem Blutdruck

Fachbereich Psychosomatik (Klinik I) – Behandlung zentral

- Körperl. u. emotion. Erschöpfungszustände („Burnout“)
- Belastungsreaktionen und Stresskrankheiten
- Angsterkrankungen
- Depressionen
- Psychosomatische Erkrankungen
- Schmerzenkrankungen

Fachbereich Geriatrie (Klinik II) mit der Zielsetzung

- Vermeidung bzw. Verminderung der Pflegebedürftigkeit
- Verbesserung der alltagspraktischen Fähigkeiten
- weitestgehend selbstständiger Lebensführung

Weitere behandelbare Indikationen (Klinik II)

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- Adipositas

Die Saale Reha-Klinik II ist als AHB-Klinik für herzranke Diabetiker nach den Qualitätsstandards der DGPR und der DHD zertifiziert.

Anstattung: alle Zimmer mit Dusche, WC, Fernseher, Telefon, Balkon.

Das Saale Reha-Klinikum Bad Kösen ist barrierefrei.



DIABETES
VERBAND
DEUTSCHLAND



Saale Reha-Klinikum
Bad Kösen
Klinik I
Saale Reha-Klinikum,
Bad Kösen, Klinik I
Am Redenberg 18
06628 Bad Kösen
Tel. 0344 63 / 41-0
Fax 0344 63 / 41-750



Saale Reha-Klinikum,
Bad Kösen, Klinik II
Ely-Kirchsdorfer Str. 14
06628 Bad Kösen
Tel. 0344 63 / 42-0
Fax 0344 63 / 42-750



kostenlose Service-
Telefonnummer
08 00 / 72 23 56 37 36
08 00 / 84 00 85 81
www.rehaskliniken.de

Informationen zur medizinischen Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung

Im Volksmund bezeichnet man Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen noch immer als Kur. Solche Kurmaßnahmen dienen der Stärkung einer (schwachen) Gesundheit und unterstützen die Genesung bei Krankheiten und Leiden vielerlei Art in dafür vorgesehenen Kurorten und Heilbädern.



Rechtliche Grundlagen

In den bundesdeutschen Gesetzen werden Kuren als „Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation“ bezeichnet (z.B. im Bundesurlaubsgesetz). Die gesetzlichen Grundlagen für Kuren sind im Sozialgesetzbuch V für „medizinische Vorsorgeleistungen“ in den Paragraphen § 23 und § 24 und für „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ in den Paragraphen § 40 und § 41 geregelt. Im Kurortgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen wird definiert: „Eine Kur dient durch wiederholte Anwendung vorwiegend natürlicher Heilmittel nach einem ärztlichen Plan der Gesunderhaltung oder Genesung des Menschen; in der Regel ist sie mit einem Ortswechsel verbunden.“ Meistens haben diese Orte, die sich meist in landschaftlich reizvoller Lage befinden, eigene Quellen mit Heilwasser und sind mit vielfältigen Möglichkeiten ausgestattet, einen Patienten wieder gesunden zu lassen.

Kurarten

Eine Kur kann in Deutschland von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst werden. Daneben gibt es Mutter-Kind-Kuren und Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation. Letztere dienen häufig der Wiederherstellung der Arbeitskraft. Deshalb ist der Hauptkostenträger die gesetzliche Rentenversicherung. Für Menschen, die nicht (mehr) im Arbeitsleben stehen, zahlen in der Regel die Krankenkassen, aber auch andere Rehabilitationsträger (z. B. die Arbeitsverwaltung).

Medizinische Rehabilitation

Unter medizinischer Rehabilitation versteht man die Wiederherstellung von körperlichen Funktionen, Organfunktionen und gesellschaftlicher Teilhabe mit physiotherapeutischen- und ergotherapeutischen Maßnahmen, Mitteln der klinischen Psychologie und Anleitungen zur Selbstaktivierung. Sie wird stationär und in zunehmenden Maße ambulant durchgeführt.

Die medizinische Rehabilitation ist sozialmedizinisch von der früher sogenannten beruflichen Rehabilitation zu unterscheiden (heute: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben). Im deutschen Gesundheitswesen werden Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation von der medizinischen Akutbehandlung unterschieden. Gesetzliche Grundlage für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist insbesondere § 26 SGB IX. Zur medizinischen Rehabilitation gehört auch die sogenannte Anschlussheilbehandlung.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden als sogenannte Leistungen zur Teilhabe je nach Zuständigkeit von den Rentenversicherungsträgern, gesetzlichen Krankenkassen, von der gesetzlichen Unfallversicherung, von der Versorgungsverwaltung, von den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe oder von den Sozialhilfeträgern erbracht (§ 6 SGB IX).



**PARACELSUS
KLINIK AM ST.**
AM WILHELMSTR. 116

Fachklinik für Onkologische und Spezialisierte
Psychosomatische Rehabilitation (SPOR)



Leistungs- und Servicepalette

- 100 Betten (einzel- und doppelt)
- 200 Betten (einzel- und doppelt)
- 100 Betten (einzel- und doppelt)

Telefon: 030 26 39 10 10
www.paracelsus-kliniken.de

Paracelsus-Klinik für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung

Die Paracelsus-Klinik von See bietet eine Fachklinik für Onkologische und Spezialisierte Psychosomatische Rehabilitation (SPOR), die über ein umfassendes Leistungsangebot und individuelle Fachärztinnen verfügt.

Für die Behandlung und Betreuung der Patienten stehen Fachkräfte für alle der Disziplinen zur Verfügung: Onkologie, Geriatrie, Gynäkologie, Orthopädie, Urologie, Diätetik, Psychotherapie, Psychosomatik. Damit ist gewährleistet, dass Patienten mit einer Krebsdiagnose, die von weiteren Begleitkrankheiten leiden, umfassend und fachspezifisch behandelt und therapeutisch versorgt werden können. Das optimale Maß an Flexibilität der Ärzte in der Versorgung von Krebspatienten und psychosomatischen Fachkräften in weiteren Paracelsus-Kliniken ist ein Kennzeichen von Standard- und Qualität.

Ein intensives Leistungsangebot der Paracelsus-Klinik von See ist die Spezialisierte Psychosomatische Rehabilitation (SPOR), in der die SPOR-Konzepte die Verbindung sind, die die Behandlung psychischer Symptome bei Tumorerkrankungen im Rahmen eines interdisziplinären Behandlungsansatzes, d.h. psychosomatisch, medisch, pflegerisch und physiotherapeutisch.

Das Kennzeichen SPOR-Motivität der Bevölkerung von Ärzten, diagnostischen Verfahrenen und Studienverfahren, die häufig im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen auftreten. Ziel der Förderung der Selbstheilungskräfte ist die Erhaltung der Lebensqualität der Patienten während der Zeit im Krankenhaus.

Die Paracelsus-Klinik von See bietet verschiedene von allen Bereichen und Kliniken der Universität, Prävention, Rehabilitation, Rehabilitation, Rehabilitation, Rehabilitation.



**PARACELSUS
ROSWITHA-KLINIK**
AM SANDSTR. 116

Fachklinik für Psychotherapie,
Psychosomatik und Suchttherapie



Leistungs- und Servicepalette

- 100 Betten (einzel- und doppelt)

Telefon: 030 26 39 10 10
www.paracelsus-kliniken.de

100 Betten (einzel- und doppelt)
www.paracelsus-kliniken.de

Indikationen

Indikationen für die Verordnung einer Rehabilitationsmaßnahme oder einer Anschlussheilbehandlung sind vielfältig. Viele Unfälle oder Erkrankungen können dazu führen, dass Patienten nach der Akutversorgung bzw. der Behandlung im Krankenhaus anschließend noch intensive medizinische bzw. physiotherapeutische Betreuung brauchen. Hier einige ausgewählte Beispiele:

- Herzinfarkt (kardiologische Reha)
- Schädel-Hirn-Trauma (neurologische Reha)
- Wirbelsäulenverletzungen (neurologische/sportmedizinische Reha)
- Polytraumata (komplexe Verletzungen mit der Beteiligung mehrerer Körperteile/Organsysteme)
- Krebserkrankungen (onkologische Reha)
- Psychiatrische Erkrankungen wie z.B. Magersucht (Anorexie), Depressionen u.a.
- Hörschädigung (Rehabilitation für Hörgeschädigte)
- Sprach- und Schluckstörungen
- Sucht (Psychosomatische Rehabilitation)
- Essstörungen, Übergewicht, Adipositas, Bulimie, Mangelernährung.

Anschlussheilbehandlung (AHB)

Die Anschlussheilbehandlung (auch Anschlussrehabilitation) ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird. Sie kann ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden. Geht der Anschlussheilbehandlung eine Operation voraus, so muss sie spätestens zwei Wochen nach Entlassung aus der Akutklinik beginnen. Geht der Anschlussheilbehandlung eine Bestrahlungsbehandlung voraus, so muss sie spätestens 6 Wochen nach Bestrahlungsende beginnen. Wurde die Bestrahlung im Bereich des Kopfes oder des Halses durchgeführt, so muss die Anschlussheilbehandlung spätestens 10 Wochen nach Bestrahlungsende beginnen. Beantragt wird sie durch das Krankenhaus, dort durch den behandelnden Krankenhausarzt oder den Sozialdienst. Bei ambulanter Vorbehandlung, z. B. Bestrahlung, erfolgt die Beantragung durch den behandelnden Strahlentherapeuten.

Die stationäre Anschlussheilbehandlung dauert in der Regel drei Wochen und kann bei schweren Erkrankungen und nach Operationen (z.B. Krebs, Schlaganfall, Herzoperationen) und nach Unfällen durchgeführt werden.

Kostenträger sind entweder die Deutsche Rentenversicherung oder die Krankenkasse. Im Falle einer privaten Krankentagegeldversicherung kommt nach einem Urteil des Landgerichts Hildesheim vom 05.07.2005 – 3 O 114/05 – entgegen der Ansicht mancher privaten Krankentagegeldversicherung – eine Inanspruchnahme der privaten Krankentagegeldversicherung in Frage. Ebenso wie bei einem Krankenhausaufenthalt ist pro Tag einer Anschlussheilbehandlung ein Zuzahlung von 10 Euro zu leisten. Die Zuzahlung ist auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Zuzahlungen, die im gleichen Jahr bereits an ein Krankenhaus geleistet wurden, werden angerechnet.

Menschen dienen – Gesundheit fördern

Die **Insel Norderney** ist das älteste Seebad an der deutschen Nordseeküste. Das ganze Jahr sorgen die frische Seeluft, der Wind und das Salz der Nordsee für ein gesundes allergenarmes Reizklima und machen die Insel als Genesungs- und Erholungsort wertvoll.

Unmittelbar am geschützten Ortseingang, neben den großzügig angelegten Park- und Kuranlagen liegt die Nordseeklinik Norderney. Hinter der historischen Fassade aus dem 19. Jahrhundert verbirgt sich eine moderne Rehabilitationsklinik. Hier werden seit 1987 Patienten mit Atemwegserkrankungen und Allergien erfolgreich rehabilitiert.

Für die Behandlung steht ein **qualifiziertes interdisziplinäres Rehabilitationsteam zur Verfügung**, das aus Fachärzten für Pneumologie, Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Allergologie, sowie aus Psychologen, Ökotrophologinnen, einer Sozialpädagogin, einer Ergotherapeutin, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Sportlehrern und Arzthelferinnen besteht. Dieses Team ermöglicht eine ganzheitliche Therapie der chronischen Atemwegserkrankungen aus verschiedenen Blickwinkeln. Durch die Insellage ergibt sich eine Distanz zu den Problemen am Heimatort, die es ermöglicht neue Behandlungswege zu gehen und positive Verhaltensänderungen herbeizuführen.

Die **Nordseeklinik Norderney** bietet durch ihre Lage, die hochwertige Ausstattung und das qualifizierte Fachpersonal eine optimale Grundlage für gute Behandlungserfolge.

Neben den zeitgemäß ausgestatteten Einzelzimmern mit Dusche, WC, Farb-TV und Telefon verfügt die Nordseeklinik über ein Meerwasser-Hallenschwimmbad, eine Sauna und eine Sporthalle. Seit 2009 gehört auch eine großzügige medizinische Trainingstherapie zur Ausstattung, in der unter fachlicher Anleitung trainiert werden kann.

**Das Team der Nordseeklinik Norderney
heißt Sie Herzlich Willkommen!**



NORDSEEKLINIK NORDERNEY

Rehabilitationsklinik für chronische
Atemwegserkrankungen und Allergien, orthopädische
und psychosomatische Begleiterkrankungen.



Ganzheitliche medizinische Versorgung unter bio-
psycho- sozialen Aspekten durch Allergologen, Inter-
nisten, Psychologen, Sozialpädagogen, Physio- und Ergo-
therapeuten, Ernährungsberater, Sporttherapeuten,
Masseure und medizinische Bademeister.

Medizinische Ausstattung: Allergietestungen (Labor,
Hauttestungen, Provokationstests), Lungenfunktions-
diagnostik, Ultraschalluntersuchungen und andere.

Kostenträger: Rentenversicherungsträger, alle gesetz-
lichen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen,
Berufsgenossenschaften, Versorgungsämter, Postbeamten-
krankenkasse (direkt), Beihilfestellen, Selbstzahler

Informationen, Beratung und Hausprospekt erhalten Sie unter:
Telefon (049 32) 88 19 07 · Telefax (049 32) 88 12 00
Nordsee-Klinik Norderney · Bülowallee 6 · 26548 Norderney
info@nordsee-klinik-norderney.de · www.nordsee-klinik-norderney.de

Kurortverzeichnis Inland (Anhang 6 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
38709	Wildemann	G	Kneippkurort
34537	Bad Wildungen	K	Heilbad
34508	Willingen (Upland)	a) K b) Usseln	Heilklimatischer Kurort Kneippkurort und Heilbad
19336	Bad Wilsnack	K	Thermal- und Moorheilbad
74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-)Heilbad
91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimermühle, Walkmühle	Heilbad
59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
25946	Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
33181	Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilort
88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-)Heilbad
25938	Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad
18374	Ostseebad Zingst	G	Seeheilbad
34596	Zwesten	K	Heilbad und Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Heilbad

Aufwendungen, die außerhalb der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union entstanden sind

Aus Anlass einer Heilkur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland und außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 BhV sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn

- durch das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten nachgewiesen wird, dass die Heilkur wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, und
- der Kurort im Heilkurortverzeichnis aufgeführt ist und
- die sonstigen Voraussetzungen des § 8 BhV vorliegen.

Die Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 1, 3, 5 und 6 BhV sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig.

Das Kurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern als Anhang 3 herausgegeben und ist in diesem Kapitel vollständig abgedruckt.

www.badclevers.de



Die Welt umsetzen mit neuen Kräften

Bad Clevers erwartet Sie mit seinem wohl-
tunenden Ambiente, persönlicher Atmo-
sphäre sowie allen Annehmlichkeiten
eines gehobenen Kurorts. Genießen
Sie die Zeit, lassen Sie sich verwöhnen
und finden Sie so die erst Entspannung

- behilffliche Privatkuranstalt, zu
allen Kurorten zugehörig, Angebote für
Selbstzahler
- umfangreiches Therapie- und
Wellnessangebot
- Inviduation:
Bewegungstherapie, Heil-Kräftigung, Ma-
ssen- und Garbille, Wärme- und Stoff-
wechsel, psychoneurologische Erziehung
- heilungsfördernde, harmonisierende
Tinkturen geeignet

BAD CLEVERS
Gesundheitsspa & Spa
Sanatorium und Klinik
für Naturheilverfahren
Clevers 1
87730 Sonthofen
Tel. +49 (0)83 34/5090
E-Mail: info@badclevers.de



Lungenfachklinik

Höchstgelegene Lungenfachklinik Deutschlands

- Intensiv- und Beatmungsmedizin
- Endoskopische Abteilung
- Zentrum für Schlafmedizin
- Tuberkulose-/Infektions-Station



Rehabilitationsklinik

In klimatisch günstiger Höhenlage,
im Südschwarzwald

- Behandlung von Lungen-
und Atemwegserkrankungen
- Rehabilitation, Vorsorge
und Anschlussbehandlung

Muchenländer Straße 4
79837 St. Blasien
Telefon 0 76 72/487-0
Telefax 0 76 72/487-25 35
www.klinik-st-blasien.de





Allergische und chronische Haut- und Atemwegserkrankungen ...

... sind nur schwer in den Griff zu bekommen. Oftmals benötigen Betroffene mehrere Anläufe, um die geeigneten Therapien für sich zu finden. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer spezialisierten Klinik wie dem Fachklinikum Borkum kann diesen Prozess unterstützen und beschleunigen.

Hier können Ärzte und Therapeuten verschiedener Fachrichtungen sich intensiv mit dem Einzelnen beschäftigen – die Auslöser der Beschwerden finden und einen individuell abgestimmten Behandlungsplan erarbeiten. Dabei werden physische, psychische und soziale Faktoren berücksichtigt und gemeinsam mit dem Patienten Strategien erarbeitet, wie er seinen Alltag gesund gestalten und so den auf Borkum erzielten Therapieerfolg langfristig bewahren kann.

Das einmalige Hochseeritzklima auf Borkum...

... unterstützt den Heilungsprozess während der Rehabilitation. Unter dem Einfluss der allergenarmen und reinen Luft klingen allergische Symptome rasch ab. Entzündungen der Haut oder Atemwege werden durch das Meersalz in der Luft gelindert. Der kühle Wind und die intensive Sonnenstrahlung trainieren das Immunsystem und härten den Organismus ab. Diese natürlichen Heilkräfte sind wichtige Bestandteile des Therapiekonzeptes im Fachklinikum Borkum.

Unsere Behandlungsschwerpunkte:

- ▶ Asthma bronchiale und Heuschnupfen
- ▶ Chronische Atemwegserkrankungen (z.B. COPD, obstruktive Bronchitis)
- ▶ Neurodermitis, Erkrankungen des atopischen Formenkreises
- ▶ Chronische und allergische Hauterkrankungen (u.a. Kontakt-ekzeme, Urtikaria, Psoriasis)
- ▶ Allergien, Nahrungsmittelallergien
- ▶ Erschöpfungszustände
- ▶ Infektanfälligkeit
- ▶ Adipositas bei Kindern bis 14 Jahren

Unser ganzheitliches Behandlungsangebot richtet sich an:

- ▶ Erwachsene Patienten
- ▶ Erwachsene Patienten mit gesundem Begleitkind
- ▶ Erwachsene Patienten mit erkranktem Kind
- ▶ Erkranktes Kind mit Begleiteterteil



Sonne, Wind, Meer und das Fachklinikum Borkum

Ihr Spezialist für Haut- und Atemwegserkrankungen



FACHKLINIKUM BORKUM

Zentrum für Allergologie, Dermatologie,
Pädiatrie und Pneumologie



Winkel Erwachsene



Klinik II Kind/Eltern



Bei uns im Fachklinikum Borkum arbeiten Ärzte und Therapeuten verschiedener Fachrichtungen als Team zusammen. In Verbindung mit dem einzigartigen Hochseeratzklima der Insel sind wir seit vielen Jahren erfolgreich in der Behandlung (Erwachsene und Kinder) von:

- Allergien
- Hauterkrankungen
- Atemwegserkrankungen

Mit Radon gegen Rheuma

Radon ist ein natürliches, radioaktives, farb- und geruchloses Edelgas und wird als Heilmittel in Form von Wannenbädern, Trinkkuren und Inhalation eingesetzt. Es gelangt über die Haut, den Magen-Darm-Trakt oder über die Atemwege in den Organismus, reichert sich in fettreichem Gewebe sowie im Zentralnervensystem an und entfaltet dort seine Wirkung. Das Edelgas belastet den Körper jedoch nicht, da bereits nach wenigen Stunden kein Radon im Körper mehr nachweisbar ist.

Dem Radon wird eine entzündungshemmende und schmerzlindernde Wirkung zugeschrieben, die in wissenschaftlicher Grundlagenforschung nachgewiesen werden konnte.

Folgende Wirkungen wurden beschrieben und nachgewiesen:

- Verbesserung der Reparaturkapazität der Zellen
- Schmerzlinderung durch gesteigerte Hormonproduktion und Ausschüttung von Endorphinen
- Positive Beeinflussung des Immunsystems und der körpereigenen Abwehrkräfte
- Steigerung der Gelenkbewegungsfunktion



Radon bewirkt eine Verbesserung der Bewegungsfunktionen und beeinflusst die körpereigenen Abwehrkräfte positiv. Es kommt deshalb vor allem bei der Behandlung rheumatischer Erkrankungen wie zum Beispiel der Rheumatoïd-Arthritis, Morbus Bechterew und Formen des Weichteilrheumatismus zur Anwendung. Darüber hinaus macht die Behandlung mit Radon bei degenerativen Erkrankungen der Halswirbelsäule, degenerativen Wirbelsäulen- und Gelenksbeschwerden sowie bei Sklerodermie, Schuppenflechte und Arthrosen Sinn.

In Bad Brambach entspringen weltweit einzigartige Quellen. Die Heilquellen enthalten hier gleichzeitig gelöstes Radon, natürliche Mineralien sowie Kohlensäure. Radon wird in der Klinik in Form von Radonbädern und Trinkkuren als Teil eines komplexen Reha-Konzeptes eingesetzt, welches sich durch gezielte aktive und passive Therapien auszeichnet. In einer klinisch durchgeführten Studie mit 134 Patienten wurde wissenschaftlich nachgewiesen, dass Radonbäder eine bis zu neun Monate anhaltende Wirkung erzielen können.



Klinik Bad Brambach

Dr. Ebel Fachklinik für Rheumatologie, Orthopädie und Kardiologie

Behandlungsschwerpunkte:

- Rheumatoide Arthritis, Spondylitis ankylosans, Kollagenosen, postinfektiöse Arthritiden
- Degenerative Gelenkerkrankungen, Wirbelsäulensyndrome, posttraumatische Erkrankungen des Bewegungsapparates, Nachsorgebehandlungen nach Amputationen, Rehabilitation nach Sportverletzungen
- Anschlussheilbehandlungen bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, koronare Herzkrankheit einschließlich Herzinfarkt, Zustand nach Bypassoperationen, PTCA und Stentimplantat, arterielle Hypertonie, chronische arterielle Durchblutungsstörungen
- Radon-Behandlungen bei rheumatischen Erkrankungen

Christas-Schiller-Strasse 14 • D 08648 Bad Brambach • Telefon: ++49 (0)37435/95 511
 patientenservice@klinik-bad-brambach.de • www.klinik-bad-brambach.de

Reha-Klinik Kempten-Oberallgäu

Fachklinik für Geriatrie und Orthopädie

Behandlungsschwerpunkte:

- Rehabilitation geriatrischer Patienten mit internistischen, orthopädischen und/ oder neurologischen Grunderkrankungen bei altersbedingten Mehrfacherkrankungen und funktionellen Einschränkungen
- Orthopädische Rehabilitation bei Zustand nach z. B. Schenkelhalstaktur, künstlichem Gelenkersatz an Knie/ Hüfte, Amputation mit Prothesenversorgung

Prinz-Luitpold-Strasse 1 • D 87527 Sonthofen • Telefon: ++49 (0) 83 21/ 884 150
 info@reha-klinik-ko-oo.de • www.reha-klinik-ko-oo.de

Graal-Müritz

ist bekannt für sein besonderes Bioklima. Durch die Verbindung von Meer und Wald bestehen die besten Möglichkeiten zur Rehabilitation und Prophylaxe von Atemwegs-, Stoffwechsel und Krebserkrankungen.

1998 erhielt unser Ort die dauerhafte Anerkennung als Seeheilbad. Die ortsansässige Klinik Graal-Müritz – Fachklinik für Onkologie und Ganzheitsmedizin ermöglicht sowohl stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen als auch ambulante Kuren. Manchmal sind einfach Sonne, Wind, Meer und Moor die beste Medizin für Körper und Seele.

Graal-Müritz ist eines der schönsten Seeheilbäder Mecklenburg-Vorpommerns und erstreckt sich 5 km am Ostseestrand. Die idyllische Lage als Tor zur Halbinsel Fischland/Darß/Zingst, umgeben von der „Rostocker Heide“ und die Nähe zur Hansestadt Rostock machen den besonderen Reiz der 4 000 Einwohner zählenden Gemeinde aus.

Wie in vielen ehemaligen Fischerdörfern findet der aufmerksame Besucher in Graal-Müritz sehr schöne, restaurierte Fischerkatzen. Diese schilfgedeckten historischen Bündner-Häuser sind immer wieder sehenswert.



Ihre Gesundheit in guten Händen

Verbesserung und Stabilisierung der Lebensqualität!

Unsere **onkologische Spezialisierung** - in gesundheitsfördernder Umgebung direkt an der **Ostseeküste** bringt für Sie einen maximalen Behandlungserfolg.



Klinik Graal-Müritz
Fachklinik für Onkologie und Ganzheitsmedizin

Lindenweg 16/17 • 18181 Ostseeheilbad Graal-Müritz • Tel. 038206 / 75-0
Rehabilitation und Anschlussheilbehandlungen • www.klinik-graal-mueritz.de

**Private Akutklinik für
Psychologische Medizin**
im westlichen
Münsterland



SCHLOSSKLINIK PRÖBSTING

Geben Sie Ihrem Leben eine neue Richtung!



Wir bieten in der erstklassigen Ambiente einer Privatklinik einen erfolgreichen, individuellen Ansatz zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Konflikten und Erkrankungen von der Diagnostik bis zur Therapie.

Indikationen:

Depressionen, Schlafstörungen, Ängste und Panik, Essstörungen, Schmerz- und psychosomatische Syndrome, Erschöpfungsreaktionen („Burn-Out“)

Info-Telefon
02861/8000 - 0

Pröbstinger Allee 14
46325 Borken

www.schlossklinik.de
info@schlossklinik.de



Zurück in den Alltag – Erfolge in Reha und AHB durch ganzheitlichen Therapieansatz

Als Fachklinik für Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung (AHB) in den Bereichen Orthopädie, Rheumatologie und Innere Medizin ist die Bad Nauheimer Park-Klinik seit Jahren eine renommierte Adresse.

Bei Erkrankungen der Gelenke und Wirbelsäule, nach Unfällen, chirurgischem Eingriff am Bewegungsapparat sowie nach Hüft- oder Knieprothesen Operationen steht das Team um Chefarzt Dr. Ulrich Müller jedem Patient individuell zur Seite. Als Facharzt für Orthopädie, physikalische und rehabilitative Medizin sowie als aktiver Operateur lässt Dr. Müller ein hohes Maß an Kompetenz in die Behandlungen und Therapien einfließen. Die Rehabilitation nach Knie- und Hüftprothesen gehört zur Kernkompetenz der Klinik.

Erkrankungen werden ausschließlich unter dem Aspekt eines ganzheitlichen Krankheitsbildes gesehen. Damit steht auch deren Behandlung unter einer solchen Betrachtungsweise. Basierend auf der persönlichen Situation des Patienten bilden die einzelnen Therapiemaßnahmen der Physiotherapie, physikalischen Therapie und psychologischen Therapie sowie Schmerzkatetherbehandlungen ein individuell auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmtes Gesamtkonzept.

Oberstes Ziel bei einer Rehabilitation ist die funktionelle Wiedereingliederung in das soziale Alltagsleben und gegebenenfalls in das Berufsleben. Der Patient lernt auch mit einer eventuell verbleibenden Einschränkung richtig umzugehen, um später seinen Alltag zu bewältigen. Rehabilitationsziele werden in der Park-Klinik von dem kompetenten Klinikpersonal zusammen mit dem Patienten in persönlichen Gesprächen erarbeitet.

Die jeweiligen Maßnahmen werden im Sinne von aktivierender Pflege gewählt, die der Förderung zur Selbstständigkeit dient, der Patient wird dabei als Individuum angesehen und steht somit stets im Mittelpunkt der Bemühungen. Die Physiotherapie stellt den wichtigsten Therapieansatz in der Rehabilitation dar. In der Park-Klinik steht Einzelkranken- und Gruppengymnastik im Vordergrund und fast täglich auf dem Behandlungsplan der Patienten. Eine wichtige physikalische Therapie ist die manuelle Lymphdrainage nach Operationen sowie das Muskelaufbautraining in der Sporttherapie. Gangschulung, Ernährungsberatung, psychologische Beratung im Einzelgespräch sowie das Erlernen von Entspannungstechniken in Gruppentherapie komplettieren das Therapieangebot.

Durch die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Abteilungen der Klinik ist eine Vernetzung der unterschiedlichen Therapieformen selbstverständlich, diese gehen weit über die üblichen Behandlungen in einer orthopädischen Rehabilitation hinaus. Die Gesamttherapie wird von einem erfahrenen Arzt geleitet, der für die Dauer der Therapie persönlicher Ansprechpartner des Patienten bleibt.

Weitere Informationen erhalten Sie gerne auf Anfrage – Park-Klinik, Am Kaiserberg 2–4, Bad Nauheim, Tel. 06032 941 0, oder im Internet unter www.parkklinik-bad-nauheim.de

PARK - KLINIK

Rehabilitation und Anästhesiebehandlung
Orthopädie - Rheumatologie - Innere Medizin - Präventivmedizin

Behandlungsschwerpunkte

- Orthopädische und orthopädisch-chirurgische Erkrankungen
- AHB nach Gelenk- u. Wirbelsäulen-OP
- AHB nach Unfall- u. Verletzungsfolgen
- Stoffwechselerkrankungen
- Spezielle Schmerztherapie

Leistungsleistungen

- Anästhesiebehandlung (AHB) ambulant und stationär
- Rehabilitation ambulant u. stationär
- Ambulante Physiotherapie
- Praxis Präventivmedizin

Fachstation mit Kooperationspartnern

- Modernisierte Prävention
- Separates Restaurant
- Wissenschaftliche Arzt und Therapie
- Viele weitere Zusatzleistungen

Kostenfragen

- Privat-, Gesetzliche Kranken-, Unfall- u. Rentenversicherungen
- Selbstzahler
- Beihilfe



Park-Klinik GmbH & Co. KG

Am Kirsberg 2-4 • 61261 Bad Nauheim • Tel.: (06082) 941-0
in info@park-klinik-bad-nauheim.de • www.park-klinik-bad-nauheim.de



Fritz-Bäcker-Platz 15
70396 Bad Cannen
Telefon 0 71 60 / 342-0
Telefax 0 71 60 / 342-115
info.kreftingen@mediclin.de
www.mediclin.de

www.mediclin.de

Fachklinik für onkologische Rehabilitation und chronische Schmerzkrankungen

Schwerpunkte

- Chronische Schmerzzustände, speziell Fibromyalgie / Weichteilrheuma
- Erschöpfungszustände / Burnout
- Mammakarzinom
- Prostatakarzinom
- Uro-Onkologie (Harnen, Blasen, Hodentumor)
- Hämatologische Systemerkrankungen / Lymphome

AHB-Klinik + Heilverfahren + beihilfefähig



MediClin Reha-Zentrum Gemsbach

Langer Weg 3
76539 Gemsbach
Telefon 0 72 24 / 9 02-0
Telefax 0 72 24 / 9 02-430
info.gemsbach@mediclin.de
www.mediclin.de/rehab

MediClin Reha-Zentrum Gemsbach

- Fachklinik für Innere Medizin und Kardiologie
- Fachklinik für Orthopädie
- Fachklinik für Neurologie
- Fachklinik für Geriatrische Rehabilitation
- Zentrum für Herzinsuffizienz
- Ambulantes Therapiezentrum

www.mediclin.de

«Gesund werden und bleiben.»  **SANADERM**



Wir sind Ihre Fachklinik für:

- » **Hauterkrankungen** – Neurodermitis (atopisches Ekzem), Schuppenflechte (Psoriasis), Hauterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- » **Lymphologie** – Lymphödeme, Lipödeme
- » **Allergologie**
- » **Phlebologie**

Kontaktieren Sie uns, wir beraten Sie gerne!

SANADERM GmbH & Co. KG

**FACHKLINIK FÜR HAUTKRANKHEITEN,
ALLERGOLOGIE, LYMPHOLOGIE UND PHEBOLOGIE**

Löffelstelzer Straße 36

97980 Bad Mergentheim

Telefon (0 79 31) 5 36-0

Telefax (0 79 31) 5 36-150

Internet: www.sanaderm.de

E-Mail: info@sanaderm.de

Beihilfe/erredte Rechnungsstellung



Kliniken außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Aufwendungen für Behandlungen

- im Kleinen Walsertal (Österreich),
- in der Höhenklinik Valbella Davos (Schweiz) der Genossenschaft Sanatorium Valbella,
- in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) der Stiftung Deutsche Heilstätte Davos und Agra,

gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden. Mit Ausnahme des Kleinen Walsertales jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Beihilferechtlich gelten die Höhenklinik Valbella Davos und die Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang als Sanatorium, soweit nicht im Einzelfall eine stationäre Krankenhausbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 BhV) vorliegt und nachgewiesen wird; die Klinik für Dermatologie und Allergie gilt als Krankenhaus (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 BhV).

Die Beihilfavorschrift (§ 13 Abs. 1) begrenzt bei im Ausland angefallenen Aufwendungen deren Höhe auf den Stand, der beim Verbleiben am Wohnort entstanden wäre. Zu berücksichtigende Leistungen eines Kostenträgers (§ 5 Abs. 3 Satz 3 BhV) sind in der Höhe anzusetzen, wie sie im Inland am Wohnort angefallen wären; § 5 Abs. 3 Satz 4 BhV ist zu beachten.

Befindet sich ein Hemodialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen im Ausland, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.

Im Ausland entstandene Aufwendungen nach § 13 Abs. 1 BhV sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, wenn

- sie bei einer Dienstreise eines Beihilfberechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
- die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist,
- sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 550,00 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

Wird ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder ein Versorgungsempfänger wegen Neurodermitis oder Psoriasis am Toten Meer (Ein Boqeg, Salt Land Village, Sdom) behandelt, sind aus diesem Anlass entstehende Aufwendungen im gleichen Umfang wie Aufwendungen für eine Heilkur (vgl. § 13 BhV) beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Kurortverzeichnis Ausland (Anhang 7 zu VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

EU-Ausland	Bad Hofgastein	Bad Joachims- thal / Jachymov	Ungarn
Frankreich	Bad Schönau		Bad Heviz
Aix-les-Bains	Oberlaa	Bad Teplitz / Lazne Teplice v Cechach	Bad Zalakaros
Amélie-les-Bains	Polen		Bük
Cambo-les- Bains	Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroj	Franzensbad / Frantiskovy Lazne	Hajduszoboszlo
La Roche-Posay	Rumänien		Komarom
Italien	Bad Felix / Baile Felix	Johannisbad / Janske Lazne	Sarvar
Abano Terme	Slowakei	Karlsbad / Karlovy Vary	Ausland
Galzignano	Piestany	Konstantinsbad / Konstantinovy Lazne	Am Toten Meer:
Ischia	Turcianske Tepl- ce		Ein Boqeq,
Montegrotto	Tschechien	Luhacovice	Salt Land Village,
Österreich	Bad Belohrad / Lazne Belohrad	Marienbad / Marianske Lazne	Sdom
Badgastein			
Bad-Hall in Tirol			



Hochgebirgsklinik Davos

Pneumologie – Dermatologie – Allergologie – Pädiatrie – Innere Medizin –
Sozialmedizin – Psychologie – Ophthalmologie – HNO-Heilkunde

Ihr Fachkrankenhaus und Ihre Rehabilitationsklinik für Allergien, Erkrankungen der Atemwege und der Lunge, der Haut und der Augen.

Die Hochgebirgsklinik Davos hat Vereinbarungen mit allen deutschen Kostenträgern zur Akutbehandlung und zur Rehabilitation. Uneingeschränkt beihilfeberechtigt. Informieren Sie sich über unsere aktuellen Angebote.

Herman-Burchard-Strasse 1
CH-7265 Davos Wolfgang
Telefon 0041 (0)81 417 44 44
Fax 0041 (0)81 417 30 30
Serviceline 0180 146 36 40 (Ortstarif)

www.hochgebirgsklinik.ch
hochgebirgsklinik@hgk.ch



Partner des CK-CARE Christine Kühne - Center for Allergy Research and Education
Partner des Europäischen Zentrums für Allergie und Asthma Davos - EACD
Mitglied im Qualitätsverbund Reha und Gesundheit Baden-Württemberg

BAD SCHMIEDEBERG

Sanitätssanatorium des Kaiser-Wilhelms-Königs-Krankenhauses



KLINIK EISENMOORBAD

Fachklinik für Orthopädie
und Gynäkologie - AHB



ORTHOPÄDIE

degenerative, posttraumatische, rheumatische Erkrankungen,
angeborene Deformitäten des Stütz- und Bewegungsapparates,
Bechterewache Erkrankung, Osteoporose
AHB nach rheumatischen Eingriffen, Gelenkersatz- und
Wirbelsäulen-OP, Amputationen, Verletzungen des Hals- und
Bewegungsapparates

GYNÄKOLOGIE/ ONKOLOGIE

chronische Entzündungen, Verwachsungs- und Senkungsbeschwer-
den, Endometriose, Inkontinenz, Sterilität, Hormonstörungen
AHB bei Mamma- und Genitalkarzinom, postoperative Behand-
lungen, Endometriose

GANZHEITLICHES THERAPIEKONZEPT

QUALIFIZIERTE FACHKRÄFTE

SPEZIALISIERTE REHABILITATIONSKLINIK

- behindertengerechte Ausstattung der Klinik
- EZ, DZ oder Appartement
- Aufnahme von Begleitpersonen (Unterkunft, VP)
auf Wunsch Behandlung von Begleitpersonen
- Aufnahme von pflegebedürftigen Begleitpersonen
- reichhaltiges Kultur und Freizeitangebot



Eisenmoorbäd Bad Schmiedeberg-Kur-GrubH

Kruppstrasse 1 • 06905 Bad Schmiedeberg

Gästeservice (03 49 25) 6 30 37

www.eisenmoorbad.de

Beihilferegungen in den Ländern

Das Beihilferecht ist nicht bundeseinheitlich geregelt. Ein Großteil der Länder hat eigenständige Beihilferegungen erlassen, jedoch zum Teil auf Bundesrecht bzw. altem Bundesrecht. Aufgrund vieler übereinstimmender Teile kann der vorliegende Ratgeber auch von Beihilfeberechtigten in den Ländern genutzt werden. Beispielsweise bestehen Abweichungen hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Wahlleistungen bei Krankenhausbehandlung (z. B. Ausschluss in Berlin, Niedersachsen, Schleswig-Holstein bzw. in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg als „kostenpflichtiges Wahlrecht“). In einigen Ländern ist eine sogenannte Kostendämpfungspauschale (Selbstbehalt) eingeführt worden, oftmals gestaffelt nach Besoldungsgruppen bzw. pauschal. Ebenso bestehen Unterschiede in der Gewährung von Beihilfe in Todesfällen oder bei der Berücksichtigungsfähigkeit von eingetragenen Lebenspartnern.

In Bezug auf die Absenkung der Altersgrenzen für ältere studierende Kinder aufgrund des Steueränderungsgesetzes 2007 (Herabsetzung vom 27. auf das 25. Lebensjahr) wurden im Beihilferecht des Bundes und vieler Länder Übergangsregelungen geschaffen. Wichtige – vom Bundesrecht abweichende – Beihilferegungen fassen wir in diesem Kapitel zusammen. Die Vorschriften zur Beihilfe in den einzelnen Ländern ändern sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Wir aktualisieren diese Texte daher in unserem Internetangebot unter www.beihilfe-online.de.



Kostendämpfungspauschale nicht rechtswidrig

Es ist mit dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Fürsorgepflicht des Dienstherrn vereinbar, Beamten eine pauschalierte Eigenbeteiligung an den Krankheitskosten („Kostendämpfungspauschale“) aufzuerlegen. Dies hat das Bundesverwaltungsgericht in einem Revisionsverfahren zur Wirksamkeit einer Regelung der nordrhein-westfälischen Beihilfeverordnung entschieden. Im Gegensatz zu den Vorinstanzen hat das Bundesverwaltungsgericht die Klagen von Beamten abgewiesen, die auf Zahlung von Beihilfe für Krankheitskosten ohne Abzug der Kostendämpfungspauschale gerichtet waren. Zwar ist der Dienstherr verpflichtet, den angemessenen Lebensunterhalt seiner Beamten und deren Familien auch im Krankheitsfall sicherzustellen. Hierzu dient gegenwärtig ein Mischsystem aus Eigenvorsorge, d. h. dem Abschluss einer aus der Besoldung finanzierten Krankenversicherung, und ergänzender Kostendeckung aus staatlichen Mitteln (Beihilfen). Allerdings können die Beamten nicht darauf vertrauen, dass ihnen diejenigen Krankheitskosten, die nicht durch die Leistungen einer beihilfekonformen Krankenversicherung gedeckt werden, stets ohne Abstriche im Wege der Beihilfe erstattet werden. Aus der Fürsorgepflicht folgen keine Ansprüche auf vollständige Kostendeckung. Sie verlangt lediglich, dass Beamte im Krankheitsfall nicht mit erheblichen Aufwendungen belastet bleiben, die sie weder aus der Besoldung bestreiten noch durch zumutbare Eigenvorsorge absichern können.

Pauschalierte Eigenbeteiligungen an den Krankheitskosten wirken sich als Besoldungskürzungen aus. Daher können sie Anlass geben zu prüfen, ob das Nettoeinkommen der Beamten noch das Niveau aufweist, das der verfassungsrechtliche Grundsatz der

Gewährleistung eines angemessenen Lebensunterhaltes fordert. Nach diesem Grundsatz muss der Gesetzgeber dafür Sorge tragen, dass die Beamtenbesoldung nicht von der allgemeinen Einkommensentwicklung abgekoppelt wird, d.h. deutlich hinter dieser Entwicklung zurückbleibt. Genügt das Nettoeinkommen der Beamten eines Bundeslandes diesen verfassungsrechtlich vorgegebenen Anforderungen nicht mehr, so muss der Gesetzgeber diesen Zustand beenden. Dabei sind ihm keine bestimmten Maßnahmen vorgegeben. So kann er die Dienstbezüge erhöhen, aber auch die Kostendämpfungspauschale streichen oder die Absenkung der jährlichen Sonderzuwendung rückgängig machen. Aufgrund dieses Gestaltungsspielraums kann das Einkommensniveau der Beamten nicht im Rahmen von Klagen auf höhere Beihilfe überprüft werden. Vielmehr sind sie darauf verwiesen, Klagen auf Feststellung zu erheben, dass sich bei Anwendung der besoldungsrechtlich relevanten Gesetze in ihrer Gesamtheit ein verfassungswidrig zu niedriges Nettoeinkommen ergibt.

(BVerwG 2 C 49.07, 2 C 52.07, 2 C 63.07 – Urteile vom 20. März 2008)



Baden-Württemberg

Rechtsgrundlage

Verordnung des Finanzministeriums über die Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfeverordnung – BVO)

Wesentliche Inhalte zum Landesrecht der Beihilfe:

Nachweis des Versicherungsschutzes

Die Beihilfegewährung ist abhängig von der Erfüllung der Versicherungspflicht für den Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähige Angehörige. Eingetragene Lebenspartner sind nicht als berücksichtigungsfähige Angehörige in das Beihilferecht eingezogen.

Bemessungssätze

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. Er vermindert sich bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nicht, wenn drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig waren. Bei mehreren Beihilfeberechtigten besteht ein Wahlrecht, wer von beiden den erhöhten Bemessungssatz von 70 Prozent bei zwei und mehr Kindern erhält und ist nicht an den Kinderanteil im Familienzuschlag o. ä. gebunden. Haben Sie mindestens drei Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, und deshalb einen Bemessungssatz von 70 Prozent, vermindert sich dieser künftig nicht mehr, auch wenn für die Kinder kein Anteil im Familienzuschlag mehr zusteht. Auch bei allen Beihilfeberechtigten, die vor dem In-Kraft-Treten der Änderungsverordnung zum 1. April 2003 mindestens drei im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder hatten, beträgt der Bemessungssatz künftig wieder 70 Prozent. Die Anpassung eines etwaigen privaten Versicherungsschutzes ist hier demnach empfehlenswert.

Aufwendungen für Ehegatten sind berücksichtigungsfähig, sofern deren Gesamtbetrag der Einkünfte im vorletzten und letzten Kalenderjahr den Betrag von 18.000 Euro jeweils nicht überschreitet.



Kliniken Schmieder – Internationales Kompetenzzentrum für Neurologie

Seit 1950 versorgen die Kliniken Schmieder Patienten mit neurologischen Erkrankungen. Erfahrung und Fortschritt sind dabei unsere tragenden Säulen in der Unternehmensgeschichte. Als Qualitätsführer in der Neurologischen Rehabilitation bieten wir die höchsten Qualitätsstandards. Ein eigenes Forschungsinstitut sowie Kooperationen mit Universitätskliniken tragen zu kontinuierlichen Verbesserungen bei.

Unser Klinikmotto: Nie aufgeben!

Indikationen

Behandlung akuter und postakuter Hirnschädigungsfolgen nach: ■ Schädelhirntraumen ■ Hirndurchblutungsstörungen ■ Hirntumoren ■ allen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems

Behandlungsphasen

Krankenhausbehandlung: ■ Phase A: Akutbehandlung
■ Phase B: Neurologische Frührehabilitation
Rehabilitationsbehandlung: ■ Phase C: Frühmobilisierung, postprimäre Rehabilitation Schwerhirngeschädigter
■ Phase D: Allgemeine Rehabilitation, AHB ■ Phase E: Belastungserprobung Arbeitstherapie, Arbeitserprobung, Berufsfindung ■ Phase F: Langzeitpflege

Besondere Behandlungsangebote

■ Spezialabteilung „Psychotherapeutische Neurologie“
■ Anerkanntes MS-Zentrum (Konstanz)



Sechs Standorte in Baden-Württemberg:

- ① Gailingen ② Allensbach ③ Konstanz
④ Stuttgart ⑤ Gerlingen ⑥ Heidelberg

Kostendämpfungspauschale

Die zum 1. 4. 2004 eingeführte Kostendämpfungspauschale ist nach BesGr gestaffelt

	Aktive Beamte	Versorgungsempfänger
■ A 6 bis A 9	75,00 Euro	60,00 Euro
■ A 10 bis A 12	90,00 Euro	80,00 Euro
■ A 13 bis A 16, B 1, B 2, R 1, R 2; C 1 bis C 3, H 1 bis H 3, W 1, W 2	120,00 Euro	100,00 Euro
■ B 3 bis B 6, R 3 bis R 6, C 4, H 4 und H 5, W 3	180,00 Euro	150,00 Euro
■ Höhere Besoldungsgruppen	270,00 Euro	240,00 Euro

Bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst richtet sich die Kostendämpfungspauschale nach der Eingangsbesoldungsgruppe. Änderungen der Besoldung im Lauf des Jahres führen nicht zu einer Änderung der Stufe. Eine Praxisgebühr, wie in der BBhV des Bundes wird daneben nicht erhoben.

Beihilfeantrag

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die Aufwendungen mindestens 300,00 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen diesen Betrag nicht, wird Beihilfe gewährt, wenn der letzte Antrag mindestens zwölf Monate zurückliegt. Wird die Altersgrenze nicht erreicht, wird die Beihilfe um 16,00 Euro gekürzt. Der Beihilfeantrag ist vor Ablauf von zwei Kalenderjahren zu stellen, die auf das Jahr des Entstehens der Aufwendungen bzw. der ersten Ausstellung der Rechnung folgen. Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung. Als nahe Angehörige gelten abweichend von den Beihilfavorschriften des Bundes auch Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Dies betrifft Aufwendungen, die den Betrag von zwei Drittel der jeweils einschlägigen Gebühren oder der Höchstbeträge übersteigen. Im Einzelfall entstandene Sachkosten werden erstattet.

Aufwendungen bei Krankheit

Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmer) sind nur gegen Zahlung eines Betrags von 13,00 Euro monatlich je Beihilfeberechtigtem und berücksichtigungsfähigem Angehörigen beihilfefähig. Werden auf die vom Krankenhaus angebotenen Wahlleistungen verzichtet – d. h. dass das jeweilige Krankenhaus diese anbieten muss –, steht ein Tagegeld in Höhe von 14 Euro (wahlärztliche Leistungen) bzw. 11 Euro (Wahlleistung Unterkunft) je Pflegesatztag zu. Der monatliche Betrag von 13,00 Euro wird von den Dienstbezügen abgezogen, wenn der Beihilfeberechtigte innerhalb einer Ausschlussfrist von fünf Monaten verbindlich erklärt hat, dass er/sie und die berücksichtigungsfähigen Angehörigen beabsichtigen, Wahlleistungen in Anspruch zu nehmen.

Bis zu einer Höhe von 1.300 Euro monatlich werden an nahe Angehörige gewährte Vergütungen für die vorübergehende häusliche Pflege erstattet, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder in einem derartigen Umfang eingeschränkt wird. Ausgenommen sind Vergütungen an Ehegatten, Eltern oder Kinder des Pflegebedürftigen.

Kuren

Kuren kommen in Form von Müttergenesungskuren bzw. Mutter-Kind-Kuren, als ambulante Heilkuren im Inland oder Ausland oder als Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation für den jeweiligen Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähige Angehörige in Betracht.

Voraussetzung ist, dass eine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt ist und im laufenden und den beiden vorangegangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet wurde und eine ambulante ärztliche Behandlung oder Heilbehandlung außerhalb der Kurmaßnahme nicht ausreicht. Des Weiteren muss bei Kuren für aktive Beamte und Richter durch ein amtsärztliches Gutachten nachgewiesen werden, dass die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit erforderlich ist. Ein Antrag kann über die jeweilige Dienststelle formlos gestellt werden; die Behandlung muss auf jeden Fall vor Beginn anerkannt worden sein. Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen und Versorgungsempfängern muss die medizinische Notwendigkeit durch eine begründete ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden.

Unterkunft und Verpflegung sind bis zu 26 EUR pro Tag, begrenzt auf 30 Tage beihilfefähig.

■ Bei Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren:

Rechnet die Einrichtung nach einem mit einem Sozialleistungsträger vereinbarten Pauschalpreis ab, so ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf diesen Pauschalpreis begrenzt.

Ambulanten Heilkuren müssen nach einem von einem Kurarzt des Heilkurortes erstellten Kurplan durchgeführt werden. Außerdem muss sie in einem im Heilkurortverzeichnis aufgeführten Heilkurort durchgeführt werden. Aufwendungen für die Unterkunft in einer Ferienwohnung, in einem Appartement, im Wohnwagen, auf einem Campingplatz und dergleichen sind nicht erstattungsfähig.

Aufwendungen bei Geburt

Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird eine pauschale Beihilfe in Höhe von 250 Euro gewährt.

Aufwendungen bei Todesfällen

Zu den Aufwendungen (Leichenschau, Einsargung, Überführung, Aufbahrung, Einäscherung, Beisetzung, Anlegung einer Grabstelle sowie Grundlage für einen Grabstein) wird eine Pauschalbeihilfe in Höhe von 1.900 Euro gewährt. Daneben sind Aufwendungen für den Sarg, die Urne etc beihilfefähig.

Diese Leistungen sind eingeschränkt, falls Sterbegeld zusteht:

Sterbegelder	Beihilfe
Sterbegelder über 1.500 Euro	Kürzung der Pauschalbeihilfe auf 1.300 Euro
Sterbegelder über 2.700 Euro	Kürzung der Pauschalbeihilfe auf 700 Euro
Sterbegelder über 3.900 Euro	Keine Pauschalbeihilfe
Sterbegelder über 4.900 Euro	ebenfalls keine Beihilfe zu übrigen Aufwendungen

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Aufwendungen für häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte in dem als notwendig festgestelltem Umfang der Pflege sowie für teilstationäre Pflege einschließlich der Fahrkosten

- 1. in Pflegestufe 1 bis zu 440 Euro (ab 1. Januar 2012 bis zu 450 Euro je Kalendermonat),
- 2. in Pflegestufe 2 bis zu 1040 Euro (ab 1. Januar 2012 bis zu 1100 Euro je Kalendermonat),
- 3. in Pflegestufe 3 bis zu 1510 Euro (ab 1. Januar 2012 bis zu 1550 Euro je Kalendermonat).

Bei außergewöhnlich hoher Pflegebedarf: der das in Pflegestufe 3 übliche Maß weit übersteigt, so sind Aufwendungen bis zu 1918 Euro monatlich beihilfefähig.

Pauschalbeihilfe bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegepersonen ohne Nachweis von Aufwendungen gewährt:

- 1. in Pflegestufe 1 225 Euro (ab 1. Januar 2012 235 Euro je Kalendermonat),
- 2. in Pflegestufe 2 430 Euro (ab 1. Januar 2012 440 Euro je Kalendermonat),
- 3. in Pflegestufe 3 685 Euro (ab 1. Januar 2012 700 Euro je Kalendermonat).

Häusliche Pflege teilstationär in Einrichtungen der Behindertenhilfe: Aufwendungen für die Pflege sind in der Einrichtung, neben Aufwendungen zur häuslichen Pflege durch geeignete Pflegepersonen, bis zur Höhe der Hälfte der folgenden Beträge beihilfefähig:

Wird die Pflege vollstationär in Einrichtungen der Behindertenhilfe erbracht, so gelten als beihilfefähige Aufwendungen für die Pflege in der Einrichtung

- 1. in Pflegestufe 1 monatlich 256 Euro,
- 2. in Pflegestufe 2 monatlich 400 Euro,
- 3. in Pflegestufe 3 monatlich 650 Euro.

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, so sind Aufwendungen für vollstationäre Pflege bis zu 1510 Euro und ab 1. Januar 2012 bis zu 1550 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig (Kurzzeitpflege). Ist häusliche Pflege längerfristig nicht ausreichend möglich, so sind Aufwendungen für die vollstationäre Pflege nur in einer dafür zugelassenen Pflegeeinrichtung beihilfefähig.

Im Monat des Beginns und der Beendigung der Pflege werden diese Beträge halbiert. Die pflegebedingten Aufwendungen zur stationären Pflege sind grundsätzlich in vollem Umfang (ggf. über die Stufenbeiträge hinaus) zum jeweiligen Bemessungssatz beihilfefähig. Neben den Aufwendungen für die vollstationäre Pflege sind auch die Aufwendungen für die Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) nach Abzug eines Eigenanteils beihilfefähig.

Der Eigenanteil beträgt bei Beihilfeberechtigten mit

- einem Angehörigen 250,00 Euro,
- zwei Angehörigen 220,00 Euro,
- drei Angehörigen 190,00 Euro,
- mehr als drei Angehörigen pro Kalendermonat 160,00 Euro.

Beihilfeleistungen in den Ländern

Bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen beträgt der Eigenanteil weiterhin 70 Prozent der Bruttobezüge sowie der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und der Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung.

Sehhilfen

Brillen sind bei erstmaligen Anschaffung einer Fern- oder Nahbrille beihilfefähig oder wenn die letzte Anschaffung mindestens drei Jahre zurückliegt bzw. nicht mehr brauchbar ist (bis zu 20,50 Euro). Vom Optiker angepasste Brillengläser oder Kontaktlinsen sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.



Übergangsregelung für studierende Kinder hinsichtlich Steueränderungsgesetz 2007 für Baden-Württemberg

„Zur Vermeidung von Härten bei der Beihilfe und Lücken im Krankenversicherungsschutz infolge der Auswirkungen der Herabsetzung der Altersgrenze für den Bezug des Kindergeldes vom 27. stufenweise auf das 25. Lebensjahr durch das Steueränderungsgesetz 2007 ist eine gleitende Übernahme dieser Regelung in den Beihilfebereich erforderlich. Dies gilt insbesondere bezüglich der Auswirkungen bei Kindern, die von der studentischen Krankenversicherungspflicht befreit sind; da diese Befreiung nach § 8 Abs. 2 SGB V nicht widerruflich ist. Deshalb gelten Kinder Übergangsweise nach § 3 der Beihilfeverordnung weiterhin als berücksichtigungsfähig, die im Sommersemester 2006 oder im Wintersemester 2006/07 an einer Hochschule eingeschrieben sind, solange sie die im Einkommensteuergesetz in der bis 31. 12. 2006 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen für den Kindergeldbezug weiterhin erfüllen, somit längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich Wehr- oder Ersatzdienstzeiten oder davon befreiender Tätigkeit als Entwicklungshelfer. § 3 Abs. 3 BVO (Wegfall zum Jahresende) und § 14 Abs. 1 Satz 3 BVO (Bemessungssatz bei zwei oder mehr Kindern) finden Anwendung.“

Eingetragene Lebenspartner sind nicht in die Beihilfeverordnung einbezogen.

Änderungen bei der Beihilfe



Mit dem AboService „Beihilfe“ sind Sie immer top-aktuell informiert

Sichern Sie sich **1 x im Jahr** die aktualisierte Ausgabe zur Beihilfe zum Vorzugspreis von 5,00 Euro zzgl. 2,50 Euro Versandpauschale und Sie erhalten jeweils im Juli eines Jahres die Neuauflage.

Am besten sofort bestellen:

Telefon 02 11/7 30 03 35
Internet www.dbw-online.de



Bayern

Rechtsgrundlage

Bayerische Beihilfeverordnung – (BayBhV) mit Verwaltungsvorschriften (VV-BayBhV)

Der Freistaat Bayern hat seit dem 1. Januar 2007 ein eigenständiges Beihilferecht mit folgenden Abweichungen zum Bundesrecht:

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Bei Anwendung der Beihilfevorschriften stehen eingetragene Lebenspartner den Ehegatten gleich (ab dem Jahr 2011 mit dem neuen Dienstrecht in Bayern).

- Einkommensgrenze für Ehegatten: Ehegatten, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetzes) im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000 Euro nicht übersteigt, sind beihilfeberechtigt.
- Die bisherige indikationsbezogene Beihilfegewährung wird weitgehend aufgegeben und durch eine Obergrenze (2 Implantate je Kieferhälfte), ersetzt.
- Neue Abgrenzungen bei Anschlussheil- und Suchtbehandlungen sowie sonstiger stationärer Rehabilitation (bisherigem Sanatorium). Kuren sind auch für Versorgungsempfänger und Angehörige möglich.
- Bei Auslandsbehandlungen wurden private Aufenthalte außerhalb der EU ausgenommen. In diesen Fällen ist der Abschluss einer privaten Auslandsrankenversicherung anzuraten.
- Die festgesetzte Beihilfe vermindert sich um 6,00 Euro je Rechnungsbeleg bei ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen, psychotherapeutischen Leistungen sowie bei Leistungen von Heilpraktikern. Bei verordneten Arzneimitteln, Verbandmitteln und Medizinprodukten erfolgt eine Kürzung um je 3,00 Euro als Eigenbeteiligung. Eine Praxisgebühr wird somit nicht zusätzlich erhoben. Die Eigenbeteiligung unterbleibt z. B. bei gesetzlich versicherten Beamten oder bei Überschreiten der Belastungsgrenze (2 Prozent der Jahresbezüge bzw. 1 Prozent bei Chronikern).
- Für freiwillig gesetzlich Versicherte sind noch Beihilfeleistungen zu Aufwendungen für Heilpraktiker, Zahnersatz und Wahlleistungen im Krankenhaus möglich. Im Übrigen wird auf die Sachleistungen der GKV verwiesen. Bei der Option „Kostenerstattung“ wird keine Beihilfe zu den Differenzkosten gewährt.
- Abweichend von den Regelungen des geltenden Rechts fallen bei einer Inanspruchnahme von Wahlleistungen anlässlich eines stationären Krankenhausaufenthalts folgende Eigenbehalte an:
 - bei der Unterbringung im Zweibett-Zimmer werden von den beihilfefähigen Aufwendungen des Patienten 7,50 Euro pro Aufenthaltstag (für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr) abgezogen und
 - bei einer Chefarztbehandlung 25,00 Euro pro Aufenthaltstag.
- Aufwendungen für einen Schwangerschaftsabbruch – sofern nicht Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 oder 3 StGB vorliegen – sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.
- Die Leistungen zu psychotherapeutischen Leistungen werden an die Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses angepasst.

Sehhilfen

Sehhilfen für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind unter Beachtung der Höchstsätze nach § 22 Abs. 2 bis 6 beihilfefähig, wenn aufgrund der Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifizierung des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 vorliegt.

Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten

Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bis zum Todestag entstanden sind, erfolgt nach den am Tage vor dem Tod jeweils maßgebenden personenbezogenen Bemessungssätzen. Dabei ist der Beihilfeanspruch vererblich. Dies ist zu unterscheiden von Beihilfen in Todesfällen. Leistungen bei Todesfällen sind in Bayern – wie auch im Bund – nicht beihilfefähig.

Verfahren

Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15 Euro übersteigen.

Übergangsregelung in Bayern zum Steueränderungsgesetz 2007:

Kinder, die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschrieben sind, solange die in § 32 Abs. 4 und 5 EStG in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen gegeben sind, gelten als berücksichtigungsfähige Angehörige.

Pflegeleistungen

In Bayern wurden die Verbesserungen im Bereich der Pflegeleistungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ebenfalls übernommen (vgl. Sätze des Bundes).

Abweichend sind die Sätze bei häuslicher Pflege durch geeignete Pflegekräfte oder einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung geregelt:

- Stufe 1: 671 Euro
- Stufe 2: 1.341 Euro
- Stufe 3: 2.012 Euro (bei außergewöhnlichem Pflegeaufwand: 3.352 Euro).

Gebärdendolmetscher

Bei der Durchführung medizinischer Untersuchungen sind bei Hörbehinderungen bei Bedarf die Leistungen eines Gebärdendolmetschers beihilfefähig.

Behandlung in Privatkliniken

Behandlungen in Privatkliniken sind nur aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung der Notwendigkeit der Behandlung gerade in der jeweiligen Privatklinik beihilfefähig. Beihilfefähig ist der Bundesbasisfallwert in Höhe der oberen Korridorgrenze. Ist die Unterbringung einer

Beihilfeleistungen in den Ländern

Begleitperson medizinisch notwendig, sind die Kosten bis zur Höhe der Kosten wie sie bei einer Behandlung in einem DRG-Krankenhaus angefallen wären (45 Euro/Tag), zusätzlich beihilfefähig.



Berlin

Rechtsgrundlage: § 76 LBG Berlin

Landesbeihilfeverordnung (LBhVO) – Basis: Regelung Bund.

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Bei Anwendung der Beihilfevorschriften stehen eingetragene Lebenspartner den Ehegatten gleich.

Kostendämpfungspauschale

Die Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem ein Beihilfeantrag gestellt wird, bei den Angehörigen der Besoldungsgruppen um folgende Beträge gekürzt:

- A 7 bis A 8 um 50,00 Euro,
 - A 9 bis A 12 um 100,00 Euro,
 - A 13, A 14, C 1 und R 1 bis zur achten Lebensaltersstufe. um 200,00 Euro,
 - A 15, A 16, B 2, C 2, C 3 und R 1 ab der neunten Lebensaltersstufe und R 2. um 310,00 Euro,
 - B 3 bis B 7, C 4, R 3 bis R 7 um 460,00 Euro,
 - B 8 bis B 11 und R 8. um 770,00 Euro,
- gekürzt (Kostendämpfungspauschale).

Die Kostendämpfungspauschale vermindert sich um 35 Euro für jedes berücksichtigungsfähige Kind. Die Kostendämpfungspauschale für Versorgungsempfänger beträgt 70 Prozent der Kostendämpfungspauschale für die Besoldungsgruppe, nach der die Versorgungsbezüge berechnet werden.

Bei Witwen und Witvern beträgt die Kostendämpfungspauschale 40 Prozent. Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, Beamten in der Elternzeit unter bestimmten Voraussetzungen, Waisen, GKV-Versicherten Beihilfeberechtigten und Versorgungsempfänger, die lediglich ein Mindestruhegehalt beziehen, und ihre Hinterbliebenen sind von diesen Regelungen ausgenommen. Des Weiteren wird keine Kostendämpfungspauschale für Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen oder Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit erhoben.

Praxisgebühr: 12 Euro; dafür keine Zuzahlungen bei Arzneimitteln.

Aufwendungen bei Krankheit

Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung sind nicht beihilfefähig. Ausnahme: am 1. April 1998 vorhandene Versorgungsempfänger, Schwerbehinderte oder Personen, die am 1. April 1998 das 55. Lebensjahr vollendet hatten.



Brandenburg

Rechtsgrundlage

§ 45 Abs. 3 Brandenburger Beamtengesetz, darüber hinaus Anwendung von Bundesrecht

Abweichend von den Beihilfevorschriften des Bundes sind Aufwendungen für Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, Ein- bzw. Zweibettzimmer) bei stationärer Behandlung nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht für am 1. Januar 1999 vorhandene Schwerbehinderte, solange die Schwerbehinderung andauert.

Eingetragene Lebenspartner sind ebenfalls berücksichtigungsfähig.

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Bei Anwendung der Beihilfevorschriften stehen eingetragene Lebenspartner den Ehegatten gleich.



Bremen

Rechtsgrundlage

Bremen verfügt über eine eigenständige Beihilfeverordnung.

Kostendämpfungspauschale

Die beihilfefähigen Aufwendungen vermindern sich bei einem Bemessungssatz ab

- 50 Prozent um 150,00 Euro,
- 60 Prozent um 120,00 Euro,
- 70 Prozent um 100,00 Euro je Kalenderjahr.

Maßgebend ist der zum 1. Januar des Kalenderjahres der Antragstellung bestehende Bemessungssatz. Die Minderung ist nicht bei Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit und für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung bei Lebendgeburten vorzunehmen. Auch bei Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen entfällt der Eigenbehalt.

Der Verweis auf Bundesrecht bei zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen sowie Hilfsmitteln in Krankheitsfällen entfällt. Die notwendigen Regelungen zu der Beihilfefähigkeit dieser Leistungen werden in neuen Anlagen der Bremischen Beihilfeverordnung geregelt. Material- und Laborkosten bei Zahnersatz (zahntechnische Leistungen) sind zu 60 Prozent beihilfefähig.

Bemessungssätze

Der Bemessungssatz für Alleinstehende beträgt 50 Prozent und für Verheiratete 55 Prozent. Die Erhöhung erfolgt jedoch nicht, wenn der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt ist oder im Vorkalenderjahr Einkünfte von mehr als 10.000 Euro hatte. Für jedes berücksichtigungsfähige Kind erhöht sich der Bemessungssatz um 5 Prozent auf höchstens 70 Prozent. Für Versorgungsempfänger erhöht sich der Bemessungssatz um zusätzlich 10 Prozent, für Empfänger von Witwen- oder Witwergeld um weitere 5 Prozent. Bei Gewährung von Beitragszuschüssen von mindestens 41,00 Euro monatlich für eine private Krankenversicherung ermäßigt sich der Bemessungssatz um 10 Prozent.

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Bei Anwendung der Beihilfavorschriften stehen eingetragene Lebenspartner den Ehegatten gleich.

Bei Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei sonstigen Ansprüchen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen werden Beihilfen nur zu den Aufwendungen gewährt, die über die gewährten oder zustehenden Leistungen hinausgehen, dann aber zu 100 Prozent des beihilfefähigen Satzes.

Beihilfeantrag

Um Beihilfe zu erhalten, müssen die Aufwendungen den Betrag von 200,00 Euro übersteigen. Abweichend hiervon wird aber auch dann Beihilfe gewährt, wenn die Aufwendungen aus sechs Monaten diese Summe nicht erreichen. Gleiches gilt für gesetzlich Versicherte. Der Beihilfeberechtigte muss die von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege noch drei Jahre nach Empfang der Beihilfe aufbewahren und hat sie auf Anforderung vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung verbleiben.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten sind die Aufwendungen beihilfefähig, wenn der Gesamtbetrag seiner nachzuweisenden Einkünfte im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages 10.000 Euro nicht übersteigt. Die Beihilfe wird auf Antrag nach dem Günstigkeitsprinzip neu berechnet, wenn sich die Einkünfte des Ehegatten im Jahr der Antragstellung verringert haben. Der Antrag muss innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des entsprechenden Kalenderjahres gestellt werden. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei Heilmaßnahmen sind bis auf nachzuweisende Sachkosten z. B. für Materialien, Stoffe und Medikamente nicht beihilfefähig. Neben dem Ehegatten, den Kindern und Eltern gelten als nahe Angehörige auch Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Aufwendungen bei Krankheit

Beihilfefähig sind die vom Arzt oder Zahnarzt für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen abzüglich eines Betrages von 6,00 Euro für jedes Arznei- und Verbandmittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Eine Praxisgebühr wird nicht erhoben.

Sind Festbeträge für Arznei- oder Verbandmittel festgesetzt, werden darüber hinausgehende Aufwendungen nicht erstattet. Der Abzug von 6,00 Euro wird dann vom Festbetrag vorgenommen. Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie Versorgungsempfängern mit Bezügen bis zur Höhe des Mindestruhegehaltes werden die Aufwendungen ohne Abzug des Betrages erstattet.

Die Aufwendungen für einen Heilpraktiker sind nicht beihilfefähig.

Von den Kosten der Beförderung wird nichts abgezogen.

Bei stationärer Behandlung werden die Kosten für Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) nicht berücksichtigt.

Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei Heilkuren gilt Folgendes: Ruhestandsbeamte, die wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt worden sind, erhalten Beihilfen, wenn

Beihilfeleistungen in den Ländern

durch eine amtsärztliche Stellungnahme bestätigt ist, dass die Kur zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit führt und die erneute Berufung in das Beamtenverhältnis ermöglicht.

Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

Aufwendungen, die im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten entstehen sind unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

- bei Kindern die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
- bei Frauen und Männern einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
- bei Frauen und Männern alle zwei Jahre die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf-, Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.
- bestimmte prophylaktische zahnärztliche Leistungen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Die Aufwendungen für berufliche Pflegekräfte bei der häuslichen und teilstationären Pflege sind beihilfefähig:

- in der Pflegestufe 1 bis zur Höhe von 20 Prozent monatlich,
- in der Pflegestufe 2 bis zur Höhe von 40 Prozent monatlich,
- in der Pflegestufe 3 bis zur Höhe von 60 Prozent monatlich,
- in besonderen Härtefällen bis zu 80 Prozent monatlich der Kosten einer Krankenpflegekraft nach Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b BAT. Die entstehenden pflegebedingten Aufwendungen sind unter Berücksichtigung der Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung beihilfefähig. Unter Abzug bestimmter Eigenbehalte sind auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung beihilfefähig.

www.heilkurorte.de

Beihilfeleistungen in den Ländern



Hamburg

Rechtsgrundlage

Hamburg hat eine eigene Beihilfeverordnung (HmbBeihVO).

Bemessungssätze

Die Bemessungssätze sowie die Erhöhung bei zwei und mehr Kindern entsprechen grundsätzlich der Regelung des Bundes.

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Bei Anwendung der Beihilfevorschriften stehen eingetragene Lebenspartner den Ehegatten gleich.

Kostendämpfungspauschale

Die zu gewährende Beihilfe wird pro Kalenderjahr um die Kostendämpfungspauschale gekürzt. Die Höhe der Pauschale richtet sich nach der Besoldungsgruppe und dem Status der beihilfeberechtigten Person.

Stufe	Besoldungsgruppen	Beamte	Ruhestands-beamte	Witwen/ Hinterbliebene
1	Besoldungsgruppen A 7 bis A 8	25 Euro	20 Euro	12 Euro
2	Besoldungsgruppe A 9	50 Euro	40 Euro	24 Euro
3	Besoldungsgruppen A 10 und A 11	75 Euro	60 Euro	36 Euro
4	Besoldungsgruppe 12	100 Euro	80 Euro	48 Euro
5	Besoldungsgruppen A 13 und A 14, C 1, W 1, H 1 und H 2	150 Euro	120 Euro	72 Euro
6	Besoldungsgruppen A 15 und A 16, B 1, C 2 und C 3, W 2 und W 3, H 3 und H 4, R 1 und R 2	200 Euro	160 Euro	96 Euro
7	Besoldungsgruppen B 2 und B 3, C 4, H 5, R 3	250 Euro	200 Euro	120 Euro
8	Besoldungsgruppen B 4 und B 6, R 4 und R 6	300 Euro	240 Euro	144 Euro
9	Besoldungsgruppe B 7	400 Euro	320 Euro	192 Euro
10	Höhere Besoldungsgruppen	500 Euro	400 Euro	240 Euro

Bei Teilzeitbeschäftigten wird die Pauschale im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit vermindert. Für Waisen, Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und Beihilfeberechtigte, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, entfällt die Kostendämpfungspauschale, ebenso für Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit. Sie wird zudem für jedes berücksichtigungsfähige Kind (auch wenn es nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig ist, da es selbst beihilfeberechtigt ist) um 25,00 Euro gemindert.

Beihilfeantrag

Die Frist für den Antrag beträgt zwei Jahre ab Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung. Die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen müssen mehr als 200,00 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten die Summe nicht, überschreiten sie aber 15,00 Euro, kann auch hierfür Beihilfe gewährt werden.

Abzugsbeträge

Für vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker für beihilfefähige Leistungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen werden für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 5,00 Euro und höchstens 10,00 Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels abgezogen. Gleiches gilt für die Fahrtkosten. Abzüge werden nicht mehr vorgenommen, wenn die Belastungsgrenze erreicht ist. Diese beträgt 2 Prozent des jährlichen Einkommens, höchstens jedoch 312,00 Euro für jeden Beihilfeberechtigten einschließlich der berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht.

Abzugsbeträge für besonders preisgünstige Arzneimittel sind von Zuzahlungen ausgenommen.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei Heilmaßnahmen sind bis auf nachzuweisende Sachkosten z. B. für Materialien, Stoffe und Medikamente nicht beihilfefähig. Neben dem Ehegatten, den Kindern und Eltern gelten als nahe Angehörige auch Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Aufwendungen bei Krankheit

Wahlleistungen sind nicht beihilfefähig.

Aufwendungen für zahntechnische Leistungen und für bestimmte verwendete Materialien sind einschließlich der Handwerksleistungen in Höhe von bis zu 60 vom Hundert beihilfefähig.

Aufwendungen aus Anlass einer Geburt

Zu den Aufwendungen für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird eine Beihilfe von 128,00 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind. Entsprechendes gilt, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind adoptiert und es zu diesem Zeitpunkt das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Beihilfe der Mutter gewährt.

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Leistungen bei häuslicher Pflege durch geeignete Pflegekräfte

- 1. Pflegestufe I bis zur Höhe von 20 vom Hundert,
- 2. Pflegestufe II bis zur Höhe von 40 vom Hundert,
- 3. Pflegestufe III bis zur Höhe von 60 vom Hundert

der Kosten für eine Berufspflegekraft der Entgeltgruppe 7a des TVÜ-L beihilfefähig. Bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand in der Pflegestufe III: bis zu 100 vom Hundert der Kosten für die Berufspflegekraft beihilfefähig.

Die Beihilfe für häusliche Pflege kann anteilig zwischen Berufspflegekräften und sonstigen Personen aufgeteilt werden.

Beihilfeleistungen in den Ländern

Stationäre Pflege:

Die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen sind beihilfefähig bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

- 1. 1.023 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
- 2. 1.279 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
- 3. 1.510 (1.550 Euro ab 2012) Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,
- 4. 1.825 Euro für Härtefälle (1.918 Euro ab 2012)

Die weiteren Aufwendungen sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

bei der regulären Pflege

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I von 1.000 Euro,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II von 1.250 Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III von 1.600 Euro,

bei geschlossener Unterbringung und bei der Dementenbetreuung

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I von 1.450 Euro,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II von 1.750 Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III von 2.100 Euro,

bei der Wachkomabetreuung

- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I von 2.000 Euro,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II von 2.400 Euro,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III von 2.550 Euro,

insoweit beihilfefähig, als sie monatlich folgende Beträge übersteigen:

für Beihilfeberechtigte mit

- a) einer oder einem Angehörigen 102 Euro,
- b) zwei oder drei Angehörigen 89 Euro,
- c) mehr als drei Angehörigen 76 Euro;

diese Beträge gelten in Fällen, in denen mehr als eine Person dauernd untergebracht ist, für jede untergebrachte Person.

Aufwendungen im Todesfall

Wenn der Beihilfeberechtigte verstirbt, werden seinen Hinterbliebenen (Ehegatten und Kindern) auf Antrag Beihilfen gewährt. Beim Tod berücksichtigungsfähiger Angehöriger (Ehegatte, Kinder) wird ebenfalls auf Antrag Beihilfe gezahlt.

- Im Falle des Todes des Beihilfeberechtigten geht der Beihilfeanspruch für die bereits entstandenen Aufwendungen auf den Erben über.
- Aufwendungen aus Anlass des Todes:

Zu den Kosten für Leichenschau, Sarg, Einsargung, Aufbahrung, Einäscherung, Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal wird eine Beihilfe bis zur Höhe von 665,00 Euro, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 435,00 Euro gewährt, wenn Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind. Stehen für den Sterbefall Sterbe- oder Bestattungsgelder aufgrund von Rechtsvorschriften bzw. arbeitsvertrag-

Beihilfeleistungen in den Ländern

lichen Vereinbarungen oder Schadensersatzansprüchen von insgesamt 1.000 Euro zu, so beträgt die Beihilfe 333,00 Euro, in Sterbefällen von Kindern 218,00 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2.000 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt.

Daneben sind die Aufwendungen beihilfefähig für

- Überführung der Leiche oder Urne vom Sterbeort zu dem Ort, an dem der Verstorbene zuletzt seine Wohnung hatte (für Sterbefälle im Ausland gelten Sondervorschriften),
 - Familien- und Haushaltshilfe bis zur Dauer von längstens zwölf Monaten nach dem Tod des den Haushalt allein führenden Elternteils, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.
- Sofern die Beihilfe mehr als 500 Euro oder bei stationärer Unterbringung oder Heilkur mehr als 1.000 Euro beträgt, sind die Belege, soweit diese nicht bei der Krankenversicherung verbleiben, drei Jahre nach der Bewilligung aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.



Hessen

Rechtsgrundlage

Hessen hat eigene Beihilfevorschriften (HBeihVO).

Berücksichtigungsfähige Angehörige

Ab dem 07.04.2010 sind eingetragene Lebenspartnerschaften in ihrer Rechtswirkung in der Beihilfe den Ehen gleichgestellt; Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sind ab diesem Zeitpunkt wie Ehegatten, frühere oder überlebende Lebenspartnerinnen und Lebenspartner wie geschiedene oder verwitwete Ehegatten nach der Hessischen Beihilfenverordnung zu behandeln.

Bemessungssätze

Der Bemessungssatz beträgt für beihilfefähige Aufwendungen

- des alleinstehenden Beihilfeberechtigten 50 Prozent
- des verheirateten Beihilfeberechtigten 55 Prozent

Die Erhöhung gilt nicht, wenn der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt ist oder der Gesamtbetrag der Einkünfte des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den steuerlichen Grundfreibetrag überstieg.

Für das Bestehen eines Beihilfeanspruchs des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten und die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes um 5 v. H. ist dessen Einkommen auf den steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32 a Abs. 1 Nr. 1 EStG bezogen auf das vorletzte Kalenderjahr vor Stellung des Beihilfeantrages festgesetzt worden.

Dieser Grundfreibetrag beträgt derzeit 8.004 Euro.

Haben berücksichtigungsfähige Ehegatten keine Einkünfte mehr oder haben sich ihre Einkünfte sehr verringert und erklären die Beihilfeberechtigten, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkunftsgrenze nach § 5 Abs. 6 Nr. 3 nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden. Die Beihilfeberechtigten haben zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im letzten Kalenderjahr die Ein-

Beihilfeleistungen in den Ländern

kunftsgrenze überschritten haben. Es ist die für das laufende Kalenderjahr geltende Einkunfts-grenze maßgebend.



Änderung bei den Einkünften des Ehegatten

Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte, z. B. durch Aufgabe der Berufs- oder Erwerbstätigkeit, keine Einkünfte mehr oder haben sich diese Einkünfte sehr verringert, erhöht sich der Bemessungssatz bereits im laufenden Kalenderjahr widerrufflich um 5 Prozent. Im Folgejahr ist ein entsprechender Nachweis – zweckmäßigerweise durch Vorlage des Steuerbescheids für das abgelaufene Jahr, für das die Erhöhung des Bemessungssatzes beantragt wurde – führen.

Weitere Erhöhungen:

- für beihilfeberechtigte Versorgungsempfänger um 10 Prozent
- für jedes berücksichtigungsfähige Kind je um 5 Prozent
(bis zu einem Höchstsatz von 70 Prozent)
- für berücksichtigungsfähige Halbweisen je um 5 Prozent
(bis zu einem Höchstsatz von 70 Prozent)

Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, erhöht sich der Bemessungssatz nur bei dem Beihilfeberechtigten, bei dem das Kind tatsächlich im Familienzuschlag, Ortszuschlag oder Sozialzuschlag berücksichtigt wird.

Bei einer stationären Krankenhausbehandlung erhöht sich der Bemessungssatz um 15 Prozent, höchstens jedoch auf 85 Prozent.

Abweichend hiervon beträgt der Bemessungssatz für Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit einschließlich der bei vollstationärer Pflege beihilfefähigen Aufwendungen für die Behandlungspflege:

- des Beihilfeberechtigten 50 Prozent
- des beihilfeberechtigten Versorgungsempfängers 70 Prozent
- des berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 Prozent
- berücksichtigungsfähiger Kinder und Waisen 80 Prozent
- des Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr Kindern 70 Prozent

Wenn beide Ehegatten jeweils selbst beihilfeberechtigt sind und zwei oder mehr berücksichtigungsfähige Kinder haben, erhält nur ein Ehegatte 70 Prozent. Wer das ist, bestimmen die Ehegatten.

Beihilfeantrag

Der Mindestbetrag der geltend gemachten Aufwendungen muss bei 250,00 Euro liegen. Übersteigt die Summe der Aufwendungen aus zehn Monaten diesen Betrag nicht, dann wird Beihilfe auch gewährt, wenn die Aufwendungen 25,00 Euro übersteigen.

Der Beihilfeberechtigte muss die von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege noch drei Jahre nach Empfang der Beihilfe aufbewahren und hat sie auf Anforderung vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung verbleiben.

Aufwendungen bei Krankheit

Beihilfefähig sind die vom Arzt oder Zahnarzt für ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen

Beihilfeleistungen in den Ländern

verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen abzüglich eines Betrages von 4,50 Euro für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel. Ausgenommen sind Versorgungsempfänger mit Versorgungsbezügen bis 1.125,00 Euro monatlich.

Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und pflegebedürftige Personen in Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten, Schwangere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung.

Wahlleistungen sind beihilfefähig mit der Einschränkung, dass die Kosten einer Unterkunft bis zur Höhe eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 16,00 Euro täglich erstattet werden.

Muss in besonderen Fällen wegen der Schwere oder Eigenart einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung für die Fahrt zu einem Behandlungsort ein privater Personenkraftwagen benutzt werden, sind die Aufwendungen bis 0,22 Euro/km beihilfefähig. Insgesamt sind Fahrtkosten nur soweit beihilfefähig, als sie den Betrag von 10,00 Euro je einfache Fahrt übersteigen.

Bei zahntechnischen Leistungen sind angemessene Material- und Laborkosten zu 60 Prozent beihilfefähig.

Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

Bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres sind die Kosten zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes nicht nur geringfügig gefährden, erstattungsfähig. Bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres bzw. bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres sind einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach Maßgabe besonderer Richtlinien erstattungsfähig. Bei Personen ab vollendetem 35. Lebensjahr werden die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit erstattet. Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.

Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig bei medizinischer Notwendigkeit, nicht jedoch, wenn der Anlass eine private Auslandsreise ist.

Die Aufwendungen einer Jugendgesundheitsuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und 14. Lebensjahr bzw. innerhalb der Toleranzgrenze von zwölf Monaten vor oder nach diesem Zeitintervall sind ebenfalls beihilfefähig.

Aufwendungen bei Geburt

Aus Anlass einer Geburt sind Aufwendungen beihilfefähig für

- Hebamme, ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,
- Verband- und Arzneimittel,
- Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten,
- eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu einem bestimmten Höchstbetrag, wenn die Entbindung in einer Krankenanstalt erfolgt und ein Kind unter 15 Jahren im Haushalt lebt,
- eine Haus- und Wochenpflegekraft bei einer Hausentbindung oder einer ambulanten Entbindung in einer Krankenanstalt (längstens für einen Zeitraum von zwei Wochen nach der Geburt),

Beihilfeleistungen in den Ländern

- notwendige Fahrten im Zusammenhang mit der Entbindung, entsprechende ärztliche Versorgung für das Kind.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Häusliche Pflege

Bei häuslicher Pflege kann der Pflegebedürftige zwischen

- einem Pflegegeld bei Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung durch Familienangehörige oder sonstige Bekannte sowie
- einer Versorgung durch einen häuslichen Pflegedienst („Pflegesachleistung“) wählen.

Die Höhe des monatlichen **Pflegegeldes** beträgt je Kalendermonat für Pflegebedürftige

Zeitraum	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Ab 01.01.2010	225,00 Euro	430,00 Euro	685,00 Euro
Ab 01.01.2012	235,00 Euro	440,00 Euro	700,00 Euro

Dabei ist das von der Pflegeversicherung gezahlte Pflegegeld ist anzurechnen. Bei monatlich gleichbleibender Höhe des Pflegegeldes kann dieses auf Antrag fortlaufend überwiesen werden.

Das Pflegegeld wird bis zum Wechsel in eine andere Leistungsart oder bis zur Beendigung der Pflegebedürftigkeit gewährt. Beim Tod des Pflegebedürftigen wird das Pflegegeld bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist.

Der Wert der **monatlichen Pflegesachleistung** beträgt:

Zeitraum	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Ab 01.01.2010	440,00 Euro	1.040,00 Euro	1.510,00 Euro
Ab 01.01.2012	450,00 Euro	1.100,00 Euro	1.550,00 Euro

In besonderen Härtefällen können bis zu 1.918,00 Euro gewährt werden.

Die Pflegebedürftigen können auch eine Kombinationsversorgung von häuslicher Pflege durch Familienangehörige und einen Pflegedienst wählen. Bei einer anteiligen Inanspruchnahme der Sachleistungen ist eine restliche Pflegegeldgewährung möglich.

Im Falle einer vollstationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht kommenden pflegebedingten Aufwendungen beihilfefähig.

Ebenso sind Leistungen zur Kurzzeitpflege, bei Verhinderung der Pflegekräfte oder Kombinationsleistungen für häusliche Pflegekräfte und Pauschalbeihilfe möglich.

Vollstationäre Pflege

Pflegebedingte Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung in Pflegeheimen sind je Kalendermonat beihilfefähig:

Zeitraum	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Härtefall
Ab 01.01.2010	1.023,00 Euro	1.279,00 Euro	1.510,00 Euro	1.825,00 Euro
Ab 01.01.2012	1.023,00 Euro	1.279,00 Euro	1.550,00 Euro	1.918,00 Euro

Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens übersteigen und die vollstationäre Pflege nicht nur vorübergehender Art ist. Der Eigenanteil beträgt:

70 Prozent des Einkommens

- bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige
- bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen

40 Prozent des um

- 511,00 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit einem Angehörigen
- 383,00 Euro verminderten Bezüge bei Versorgungsempfängern mit einem Angehörigen

35 Prozent des um

- 511,00 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit mehreren Angehörigen (383,00 Euro verminderte Bezüge bei Versorgungsempfängern)

Einkommen sind die monatlichen Dienst- oder Versorgungsbezüge – ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und veränderlichen Bezügebestandteile – sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversicherung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten und dessen Arbeitseinkommen. Als Angehörige gelten nur der Ehegatte und die berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionen werden als Beihilfe gezahlt.

Aufwendungen im Todesfall

Beihilfefähig sind:

- die beihilfefähigen Aufwendungen, die bis zum Tod des Beihilfeberechtigten entstanden sind, und zwar sowohl für ihn selbst als auch für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten und für im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder
- Aufwendungen aus Anlass des Todes.

Zu den Kosten für Leichenschau, Sarg, Einsargung, Aufbahrung, Einäscherung, Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal wird eine Beihilfe bis zur Höhe von 665,00 Euro, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 435,00 Euro gewährt, wenn Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind. Stehen für den

Beihilfeleistungen in den Ländern

Sterbefall Sterbe- oder Bestattungsgelder aufgrund von Rechtsvorschriften bzw. arbeitsvertraglichen Vereinbarungen oder Schadensersatzansprüchen von insgesamt 1.000 Euro zu, so beträgt die Beihilfe 333,00 Euro, in Sterbefällen von Kindern 218,00 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2.000 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt.

Daneben sind die Aufwendungen beihilfefähig für

- Überführung der Leiche oder Urne vom Sterbeort zu dem Ort, an dem der Verstorbene zuletzt seine Wohnung hatte (für Sterbefälle im Ausland gelten Sondervorschriften),
- Familien- und Haushaltshilfe bis zur Dauer von längstens zwölf Monaten nach dem Tod des den Haushalt allein führenden Elternteils, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Für folgende Behandlungen muss eine vorherige Genehmigung durch die Beihilfestelle erfolgen:

- Psychotherapeutische Behandlungen (analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie).
- Heilkuren und Sanatoriumsbehandlungen sollten schriftlich auf dem Dienstweg beantragt werden.

Formulare benötigen Sie in beiden Fällen nicht.

- Anschlussheilbehandlungen sind nicht vorab genehmigungspflichtig. Voraussetzung ist allerdings, dass die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus angetreten wird.

Mecklenburg-Vorpommern



Mecklenburg-Vorpommern

Rechtsgrundlage

Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen werden nach den für die Beamten des Bundes geltenden Vorschriften gewährt.

Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung sind nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht

- für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bisher ergänzend zur Regelung bezüglich stationärer Wahlleistungen versichert waren oder die mit Rücksicht auf das bisher geltende Beihilferecht keinen Anlass zur Versicherung stationärer Wahlleistungen hatten und ohne ihr Verschulden und entgegen ihrer erkennbar gewordenen Absicht aus anderen als finanziellen Gründen

a) keinen oder keinen vollständigen Versicherungsschutz für stationäre Wahlleistungen der

b) keinen oder keinen vollständigen, dem neuen Beihilferecht angepassten Krankenversicherungsschutz unter Ausschluss stationärer Wahlleistungen erhalten können,

- bei Aufwendungen für Wahlleistungen in den Fällen, in denen Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige vor In-Kraft-Treten der Neuregelungen (1. September 2003)

a) die Behandlung bereits begonnen haben,

b) wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten Wahlleistungen eines bestimmten Arztes in Anspruch genommen haben, soweit derselbe Arzt die Behandlung fortsetzt,

oder

c) wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten Wahlleistungen in Anspruch genommen haben und in denen die Behandlung aufgrund eines bei Beendigung des

Beihilfeleistungen in den Ländern

früheren Behandlungsabschnitts bestehenden Behandlungsplans bis zu seinem Abschluss fortgesetzt wird.

In den beiden letztgenannten Fällen muss die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt haben, es sei denn, dass eine sofortige stationäre Behandlung geboten war.



Niedersachsen

Niedersachsen

Rechtsgrundlage: § 120 Abs. 1 LBG

Ziel: eigenständige Beihilferegelung

Beamte und Versorgungsempfänger erhalten Beihilfe nach den für den Bund geltenden Vorschriften in der Fassung vom 1. November 2001, zuletzt geändert durch Rundschreiben des BMI vom 30.04.2004 (GMBl. S. 379). Der dynamische Verweis wurde aufgehoben. Aufwendungen für gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen und eine gesondert berechnete Unterkunft bei stationärer Behandlung (Wahlleistungen) sind nicht beihilfefähig.

Für Aufwendungen von Ehegatten/eingetragenen Lebenspartnern ist besonders zu beachten:

Beihilfefähig sind Aufwendungen von Ehegatten/Lebenspartnern, wenn deren Gesamtbetrag der Einkünfte im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro nicht überstiegen hat oder im Kalenderjahr der Antragstellung 18.000 Euro nicht übersteigt.



Nordrhein-Westfalen

Nordrhein-Westfalen

Rechtsgrundlage

Nordrhein-Westfalen hat eine eigene Beihilfeverordnung.

Beihilfeanspruch

Die Beihilfe darf zusammen mit anderen Versicherungsleistungen nicht die tatsächlichen Aufwendungen übersteigen. Im Gegensatz zu den Regelungen im Bund und den übrigen Ländern werden dabei jedoch Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld und sonstige Summenversicherungen ab 80 Euro/Tag berücksichtigt.

Bemessungssätze und Kostendämpfungspauschale

Die Bemessungssätze der Beihilfe entsprechen denen des Bundes; Zusätzlich sind eingetragene Lebenspartner ebenfalls beihilfefähig, sofern keine eigenen Ansprüche bestehen. Die Beihilfe wird um eine Kostendämpfungspauschale je Kalenderjahr gekürzt:

■ Besoldungsgruppen A 7 bis A 11.	150,00 Euro
■ Besoldungsgruppen A 12 bis A 15, B 1, D 1 und C 2, H 1 bis H 3, R 1.	300,00 Euro
■ Besoldungsgruppen A 16, B 2 und B 3, C 3, H 4 und H 5, R 2 und R 3.	450,00 Euro
■ Besoldungsgruppen A 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7.	600,00 Euro
■ Höhere Besoldungsgruppen	750,00 Euro

Beihilfeleistungen in den Ländern

Die Beträge werden bei Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit vermindert. Für jedes berücksichtigungsfähige Kind vermindert sich die Kostendämpfungspauschale um 60 Euro.

Die Kostendämpfungspauschale bemisst sich bei Ruhestandsbeamten, Richtern im Ruhestand sowie früheren Beamten und Richtern nach dem Ruhegehaltssatz maximal jedoch 70 Prozent der Pauschalbeträge. Bei Witwen und Witvern beträgt die Kostendämpfungspauschale 60 Prozent des Ruhegehaltssatzes, maximal jedoch 40 Prozent der oben genannten Beträge.

Bei Waisen, bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie bei Beihilfeberechtigten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, entfällt die Kostendämpfungspauschale. Für Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen oder Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit entfällt die Kostendämpfungspauschale ebenfalls.

Belastungsgrenze

Die Summe der finanziellen Belastungen der Beihilfeberechtigten aus der Kostendämpfungspauschale (§ 12a), dem Eigenanteil bei zahntechnischen Leistungen (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 7) sowie die Selbstbehalte bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen im Krankenhaus (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 und 3) dürfen die Belastungsgrenze von 2 Prozent der Bruttojahresbezüge der Beihilfeberechtigten nicht übersteigen. Maßgeblich sind dabei die Bezüge des Vorjahres. Wird die Belastungsgrenze überschritten, werden keine weiteren Selbstbehalte abgezogen.

Beihilfeantrag

Die Gewährung der Beihilfe hängt davon ab, ob die geltend gemachten Aufwendungen einen Betrag von mehr als 200,00 Euro übersteigen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so wird davon abweichend Beihilfe gewährt, wenn die Aufwendungen 15 Euro übersteigen. Zu Rechnungsbelegen ist die Kostenerstattung der Krankenkasse bzw. -versicherung vorzulegen. Beim Nachweis einer ergänzenden privaten Krankenversicherung kann darauf verzichtet werden.

Die Einführung der elektronischen Beihilfebearbeitung ist vorgesehen; dann sind zur Antragstellung keine Originalbelege mehr vorzulegen.

Aufwendungen bei Krankheit

Die Aufwendungen für die Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer als Wahlleistung sind in der Höhe beihilfefähig, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherungen und der zentralen Krankenhausgesellschaft vereinbart wurde.

Gleichzeitig ist auch die privatärztliche Behandlung als Wahlleistung beihilfefähig. Für die Inanspruchnahme einer privatärztlichen Behandlung wird jedoch pro Behandlungs- und Aufenthaltstag ein Selbstbehalt von 10,00 Euro abgezogen. Für die Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer wird pro Tag ein Selbstbehalt von 15,00 Euro abgezogen.

Der jeweilige Selbstbehalt ist maximal für 30 Tage pro Kalenderjahr zu leisten.

Der Selbstbehalt bei wahlärztlichen Leistungen ist für die Dauer von höchstens 30 Tagen im Kalenderjahr begrenzt, abzüglich eines Betrages von 10,00 Euro täglich. Die Zweibettzimmerzuschläge werden nur noch in der zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbarten Höhe anerkannt. Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des

Beihilfeleistungen in den Ländern

Haushalts des Beihilfeberechtigten sind unter bestimmten Voraussetzungen bis zu 39,00 Euro täglich beihilfefähig, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung den Haushalt nicht weiterführen kann oder sich zu Hause befindet und durch die Hilfe eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird.

Soweit Fahrtkosten als beihilfefähig anerkannt werden, werden bei Fahrten mit der Deutschen Bahn die Kosten bis zur Höhe des Bundesbahntarifs Sparpreis 25 (Rabattsatz 25 Prozent) erstattet.

Rehabilitationsmaßnahmen

Die Beihilfeverordnung NRW unterscheidet vier verschiedene Kur- und Reha-Maßnahmen: Ambulante Kuren, ambulante bzw. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie Mutter-Vater-Kind-Kuren.

Diese unterscheiden sich in der Qualität der Maßnahmen, aber auch in dem Genehmigungsverfahren sowie im Erstattungsanspruch. Die sogenannte Anschlussheilbehandlung, also eine Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an eine schwere Krankenhausbehandlung kann sowohl als ambulante als auch als stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.

Ambulante Kur

Eine ambulante Kur ist beihilfefähig, wenn sie

- nach einer ärztlichen Verordnung dringend notwendig ist,
- unter ärztlicher Leitung in einem im Kurortverzeichnis aufgeführten Ort durchgeführt wird,
- nicht durch eine ambulante ärztliche Behandlung oder
- nicht durch andere ambulante Maßnahmen mit gleichen Erfolgsaussichten ersetzt werden kann.

Antragstellung und Fristen

- Antrag mit ärztlichem Attest; i.d.R. 2 Monate vor Beginn der Maßnahme,
- Angaben zum Beihilfeberechtigten,
- Angaben zum Patienten,
- beabsichtigter Zeitraum und beabsichtigte Einrichtung,
- Angaben zur Erreichbarkeit.

Zu einer ambulanten Kur kann für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage eine Beihilfe bewilligt werden sowie bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen einschließlich Reisetage.

Eine Anerkennung einer ambulanten Kur ist nur zulässig, wenn – vor der erstmaligen



Ambulante Kur im Rahmen von Sonderurlaub

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass ein entsprechendes Votum der Amtsärztin oder des Amtsarztes vorausgesetzt, die beihilfefähige ambulante Kur nur im Rahmen eines genehmigten Sonderurlaubs möglich ist.

Beihilfeleistungen in den Ländern

Antragstellung eine Beihilferechtigung von insgesamt 3 Jahren erfüllt ist, – im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren nicht bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre oder ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der Amtsarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen für notwendig erachtet. Die als beihilfefähig anerkannte ambulante Kur muss innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen werden.

Beihilfefähige Kosten

Zu den Fahrtkosten, den Aufwendungen für Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung und Behandlung wird ein Zuschuss von 30 Euro täglich gewährt.

Des Weiteren sind Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen,
- Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen und
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen im Rahmen der Vorschriften beihilfefähig.

Beihilfefähig sind außerdem die Kosten für das amtsärztliche Gutachten und den ärztlichen Schlussbericht.

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen

Allgemeines:

- ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn sie vor Antritt genehmigt wurden,
- ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn sie nach ärztlicher Verordnung dringend notwendig sind und nicht durch andere ambulante Maßnahmen oder einer ambulanten Heilkur mit gleichen Erfolgsaussichten ersetzt werden können (wird im Genehmigungsverfahren vom Amtsarzt geprüft!)
- Die Einrichtung muss mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben,
- Beihilfe kann für höchstens 20 Behandlungstage (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) bewilligt werden,
- eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation ist nur zulässig, wenn im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren nicht bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitation oder ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt worden ist (außer: zwingende medizinische Gründe stehen entgegen),
- die Maßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen werden.

Bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme sind die Kosten für

- ärztliche Leistungen,
- Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen und
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen soweit sie wissenschaftliche allgemein anerkannt sind beihilfefähig.

Beihilfeleistungen in den Ländern

Bei Pauschalabrechnung sind die Kosten in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit dem Sozialversicherungsträger getroffen hat. Weitere – notwendige – Aufwendungen sind durch den Amtsarzt zu bestätigen.

Nebenkosten [z.B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten (Ruheraum), Kurtaxe, Fahrkosten] sind – soweit in der Pauschalpreisvereinbarung nicht enthalten – bis zu einem Betrag von insgesamt 20 Euro täglich – beihilfefähig. Beihilfefähig sind außerdem die Kosten für amtsärztliche Gutachten und den ärztlichen Schlussbericht.

Antragstellung und Abrechnung

Der formlose Antrag auf Genehmigung einer ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahme ist mit einem aussagekräftigen ärztlichen Attest, das auch die eingangs genannten Aussagen enthalten muss, bei der Beihilfestelle rechtzeitig, d.h. spätestens 2 Monate vor Beginn der geplanten Maßnahme zu stellen. Der Antrag sollte folgendes enthalten:

- Angaben zum Beihilfeberechtigten bzw. zum Patienten
 - beabsichtigter Zeitraum und beabsichtigte Einrichtung sowie Angaben zur Erreichbarkeit.
- Dem Beihilfeantrag sind der ärztliche Schlussbericht, die Kostenbelege zu den oben genannten beihilfefähigen Aufwendungen und ein Erstattungsnachweis der jeweiligen Krankenversicherung beizufügen.

Anschlussheilbehandlung

Eine Anschlussheilbehandlung kann auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden (dies gilt auch für ambulant durchgeführte Chemo- oder Strahlentherapie):

Abweichend ist dabei zu beachten:

1. der behandelnde Krankenhausarzt bescheinigt die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung,
2. die Behandlung muss spätestens 1 Monat nach der stationären Krankenhausbehandlung begonnen werden,
3. Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet bzw. verabreicht, sind neben der Pauschale beihilfefähig.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Voraussetzungen

- Vor Antritt genehmigungspflichtig,
- Stationäre Rehabilitationsmaßnahme muss nach ärztlicher Verordnung dringend notwendig sein und darf nicht durch andere ambulante Maßnahmen, ambulante Heilkur oder ambulante Rehabilitation ersetzt werden können,
- die stationäre Rehabilitation muss die Voraussetzungen nach dem SGB V erfüllen,
- die stationäre Rehabilitation kann für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage von der Beihilfe genehmigt werden, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
- im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren wurde nicht bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitation, stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur oder ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt (außer: zwingende medizinische Gründe),

Beihilfeleistungen in den Ländern

- die als beihilfefähig anerkannte Maßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen werden.

Kosten

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung sind in Höhe der aktuellen Pauschale beihilfefähig, die die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat.

Werden neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Kosten für

- ärztliche Leistungen (z.B. für die Behandlung durch die Chefärztin oder den Chefarzt),
 - Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen und
 - ärztlich verordnete Heilbehandlungen – soweit sie beihilfefähig sind –
- in Rechnung gestellt, ist die vorgenannte Pauschale um 30 v.H. zu kürzen; der Restbetrag ist beihilfefähig.

Verfügt die Einrichtung über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 104 Euro täglich beihilfefähig. Mehrkosten für ein Zwei- oder Einbettzimmer sind nicht beihilfefähig.

Beihilfefähig sind außerdem die Kosten für amtsärztliche Gutachten, Kurtaxe und den ärztlichen Schlussbericht.

Zu den Kosten für Hin- und Rückfahrt wird ein Zuschuss gewährt:

- Innerhalb von NRW, incl. Gepäckbeförderung: 50 Euro
- Bei einer durch den Amtsarzt festgestellten notwendigen Behandlung in einem Ort außerhalb von NRW: 100 Euro (höchstens die tatsächlichen Kosten).

Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich und unvermeidbar, so sind diese Kosten beihilfefähig.

Antragstellung und Abrechnung

Der formlose Antrag ist mit einem aussagekräftigen ärztlichen Attest bei der Beihilfestelle spätestens 2 Monate vor Beginn der Maßnahme zu stellen. Der Antrag sollte folgendes enthalten:

- Angaben zum Beihilfeberechtigten bzw. dem Patienten,
- beabsichtigter Zeitraum und beabsichtigte Einrichtung,
- Angaben zur Erreichbarkeit.

Dem ist der ärztliche Schlussbericht, alle Kostenbelege, die Bescheinigung der Einrichtung über eine aktuelle Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, aus der die Vertragspartner, das Vertragsdatum und die vereinbarte Pauschale in eindeutiger Weise hervorgehen und ein Erstattungsnachweis der Krankenversicherung beizufügen.

Bei Anschlussheilbehandlungen ist folgendes zu beachten:

- der behandelnde Krankenhausarzt bescheinigt die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung,
- die Behandlung muss spätestens 1 Monat nach der stationären Krankenhausbehandlung begonnen werden,
- Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet bzw. verabreicht, sind neben der Pauschale beihilfefähig,

Beihilfeleistungen in den Ländern

- In dringenden Fällen kann die Anschlussheilbehandlung auch nachträglich genehmigt werden, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Mutter-Vater-Kind-Kur

Voraussetzungen

- Vor Antritt genehmigungspflichtig,
- Kurbedürftigkeit der Mutter/des Vaters und/oder eines Kindes nach einer ärztlichen Verordnung,
- keine gleichen Erfolgsaussichten bei ambulanter ärztlicher Behandlung,
- Durchführung in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder in einer gleichartigen Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach SGB V,

Eine stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur kann auch bei behandlungsbedürftigen Kindern bis zum 14. Lebensjahr bewilligt werden, wenn die der Amtsarzt bestätigt, dass zum Behandlungserfolg die Anwesenheit der Mutter oder des Vaters zwingend erforderlich ist.

Eine stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur kann für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage von der Beihilfe genehmigt werden, bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen.

Eine stationären Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur ist nur zulässig, wenn:

- vor der erstmaligen Antragstellung eine Beihilfeberechtigung von insgesamt 3 Jahren erfüllt ist,
- im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren nicht bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt worden ist (außer: zwingende medizinische Gründe).

Beihilfefähige Kosten

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung sind entsprechend der Pauschale beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat. Werden neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Kosten für

- ärztliche Leistungen, (z.B. für die Behandlung durch die Chefärztin oder den Chefarzt)
- Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen und
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen – soweit sie beihilfefähig sind –

in Rechnung gestellt, ist die vorgenannte Pauschale um 30 v.H. zu kürzen; der Restbetrag ist beihilfefähig. Verfügt die Einrichtung über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 104 Euro täglich beihilfefähig. Mehrkosten für ein Zwei- oder Einbettzimmer sind nicht beihilfefähig.

Beihilfefähig sind außerdem die Kosten für amtsärztliche Gutachten, Kurtaxe und den ärztlichen Schlussbericht.

Zu den Kosten für Hin- und Rückfahrt wird ein Zuschuss gewährt:

- Innerhalb von NRW, incl. Gepäckbeförderung: 50 Euro
- Bei einer durch den Amtsarzt festgestellten notwendigen Behandlung in einem Ort außerhalb von NRW: 100 Euro (höchstens die tatsächlichen Kosten).

Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich und unvermeidbar, so sind diese Kosten beihilfefähig.

Beihilfeleistungen in den Ländern

Treten mehrere Personen die beantragte stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind-Kur gleichzeitig mit einem privaten PKW an, wird der Zuschuss für die erste Person zu 100 Prozent und für den/die Mitfahrer zu jeweils 50 Prozent gewährt. Für mitgenommene nicht behandlungsbedürftige Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr wird jeweils ein Zuschuss von 30 Euro täglich einschließlich der Reisetage gewährt, soweit die Kosten der Unterbringung und Verpflegung dieser Kinder nicht im Rahmen der mit dem Sozialversicherungsträger getroffenen Vereinbarung für den oder die Behandlungsbedürftigen mit abgegolten sind; dies hat sich die Beihilfeberechtigte oder der Beihilfeberechtigte von der Einrichtung bescheinigen zu lassen. Der Zuschuss bezieht sich auf Fahrtkosten, Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung.

Antragstellung und Abrechnung

Der formlose Antrag auf Genehmigung einer stationären Müttergenesungs- oder Mutter-/Vater-Kind-Kur ist mit einem aussagekräftigen ärztlichen Attest bei der Beihilfestelle in der Regel spätestens 2 Monate vor Beginn der geplanten Maßnahme zu stellen.

Der Antrag sollte folgendes enthalten:

- Angaben zum Beihilfeberechtigten
- Angaben zum Patienten
- beabsichtigter Zeitraum und beabsichtigte Einrichtung
- Angaben zur Erreichbarkeit
- Berechnung der Beihilfe

Dem Beihilfeantrag sind der ärztliche Schlussbericht, alle Kostenbelege, eine Bescheinigung der Einrichtung über eine aktuelle Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, aus der die Vertragspartner, das Vertragsdatum und die vereinbarte Pauschale in eindeutiger Weise hervorgehen, vorzulegen. Ebenfalls ist Auskunft darüber zu geben, ob in der Preisvereinbarung die Leistungen für nicht behandlungsbedürftige Familienmitglieder enthalten sind, sowie ein Erstattungsnachweis der Krankenversicherung beizufügen.



Mutter-/Vater-Kind-Kuren

Viele der privaten Versicherungsverträge enthalten keine Leistungen für stationäre Müttergenesungs- oder Mutter-/Vater-Kind-Kuren!

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte beihilfefähig bis zu Härtefallregelung; höhere Aufwendungen sind bis zu weiteren 1.918 Euro monatlich beihilfefähig.

in Pflegestufe	ab 1. Januar 2010	ab 1. Januar 2012
I	440,00 Euro	450,00 Euro
II	1.040,00 Euro	1.100,00 Euro
III	1.510,00 Euro	1.550,00 Euro

Beihilfeleistungen in den Ländern

Häusliche Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen

in Pflegestufe	ab 1. Januar 2010	ab 1. Januar 2012
I	225,00 Euro	235,00 Euro
II	430,00 Euro	440,00 Euro
III	685,00 Euro	700,00 Euro

Bei Verhinderung der Pflegeperson: im Kalenderjahr beihilfefähig bis zu weiteren

ab 1. Januar 2010	ab 1. Januar 2012
1.510,00 Euro	1.550,00 Euro

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Je nach Pflegestufe sind beihilfefähig bis zu monatlich

in Pflegestufe	ab 1. Januar 2010	ab 1. Januar 2012
I	440,00 Euro	450,00 Euro
II	1.040,00 Euro	1.100,00 Euro
III	1.510,00 Euro	1.550,00 Euro

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind beihilfefähig bis zu

ab 1. Januar 2010	ab 1. Januar 2012
1.510,00 Euro	1.550,00 Euro

Zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher und vollstationärer Pflege

Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege der Pflegestufen I, II oder III sowie Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, und bei denen die Pflegeversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben, erhalten Beihilfen zu den Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen:

Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen sind bis zu 100 Euro (Grundbetrag) oder 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich beihilfefähig. Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Berechnung der Beihilfe maßgeblich. Der monatliche Höchstbetrag nach Absatz 2 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird der für das jeweilige Kalenderjahr zustehende Jahreshöchstbetrag vom Pflegebedürftigen nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Beihilfeleistungen in den Ländern

Vollstationäre Pflege

Bei der stationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung sind der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht kommende Pflegesatz für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege beihilfefähig.

in Pflegestufe	bis zu
I	1.023,00 Euro
II	1.279,00 Euro
III	1.510,00 Euro
Härtefälle	1.825,00 Euro

Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig, es sei denn, dass sie unter Anrechnung des Pflegewohngeldes die folgenden monatlichen Eigenanteile übersteigen:

1. bei Beihilfeberechtigten mit
 - a) einem Angehörigen vierzig vom Hundert,
 - b) mehreren Angehörigen fünfunddreißig vom Hundertdes um 520 Euro – bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 390 Euro – verminderten Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen siebzig vom Hundert des Einkommens. Einkommen sind die monatlichen (Brutto-) Dienstbezüge (ohne sonstige variable Bezügebestandteile) oder Versorgungsbezüge, das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

Aufwendungen in Geburtsfällen

- Zu den Kosten für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird ein Zuschuss von 170,00 Euro gewährt.

Mit der Änderung der Beihilfevorschriften zum 01. Januar 2007 sind zudem nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel nicht mehr beihilfefähig.



Rheinland-Pfalz

Rechtsgrundlage

Rheinland-Pfalz hat eine eigene Beihilfeverordnung.

Bemessungssätze (grundsätzlich wie Bund)

Auf Antrag beträgt der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten 80 Prozent, wenn

- das monatliche Gesamteinkommen bei Nichtverheirateten 1.680,00 Euro und bei Verheirateten 1.940,00 Euro nicht übersteigt und
- der monatliche Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent des Gesamteinkommens übersteigt.

Der Antrag kann nicht rückwirkend gestellt werden. Er ist nur für die Zukunft zulässig.

Maßgebende Gesamteinkommen sind die Bruttoversorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendungen, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen des Versorgungsempfängers und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten, nicht jedoch Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung. Für Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten, bei denen bis zum 31. Dezember 1997 zur Berechnung der Beihilfe die Sonderregelungen in der bis zum 31. Dezember 1997 geltenden Fassung angewendet werden, beträgt der Bemessungssatz seit dem 1. Januar 1998 80 Prozent, wenn deren laufendes monatliches Familieneinkommen im Zeitpunkt der Antragstellung niedriger als 2.300,81 Euro ist.

Beihilfeantrag

Die Gewährung der Beihilfe muss innerhalb von zwei Jahren nach Entstehung der Aufwendungen beantragt werden, sonst erlöschen die Ansprüche.

Beihilfe wird nur gewährt, wenn die beantragten Aufwendungen 200,00 Euro übersteigen. Bei gesetzlich Versicherten und Empfängern von Anwärterbezügen gilt eine Grenze von 100,00 Euro. Die Vorlage von Originalbelegen ist entfallen!

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Beihilfefähig sind Aufwendungen für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten, soweit die Einkünfte des Ehegatten im zweiten Kalenderjahr vor Stellung des Antrags 20.450,00 Euro nicht übersteigen.

Eingetragene Lebenspartner sind berücksichtigungsfähig.

Kostendämpfungspauschale

Die Kostendämpfungspauschale ist nach Besoldungsgruppen wie folgt gestaffelt:

- | | |
|---|--|
| ■ Stufe 1 A 7 und A 8 100 Euro | ■ Stufe 4 A 16, B 2 und B 3, C 3, H 4 und H 5, R 2 und R 3, W 2 450 Euro |
| ■ Stufe 2 A 9 bis A 11 150 Euro | ■ Stufe 5 B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7, W 3 . . 600 Euro |
| ■ Stufe 3 A 12 bis A 15, B 1, C 1 und C 2, H 1 bis H 3, R 1, W 1 300 Euro | ■ Stufe 6 Höhere Besoldungsgruppen 750 Euro |

Die Höhe der Kostendämpfungspauschale richtet sich nach den bei der erstmaligen Antragstellung im Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen. Für die Zuordnung zu einem bestimmten Kalenderjahr ist auf das Rechnungsdatum abzustellen.

Beihilfeleistungen in den Ländern

Für bestimmte Personengruppen und Aufwendungen mindert sich die Kostendämpfungs-pauschale oder entfällt:

Bei Teilzeitbeschäftigten mindert sie sich entsprechend der verminderten Arbeitszeit. Bei Versorgungsempfängern bemisst sich die Pauschale nach dem individuellen Ruhegehaltssatz; sie beträgt maximal 70 Prozent der vollen Pauschale.

Bei Witwen und Witwern beträgt sie 55 Prozent des Ruhegehaltssatzes, maximal 40 Prozent der vollen Pauschale. Für die Zuteilung zu den Stufen ist die Besoldungsgruppe maßgebend, nach der die Versorgungsbezüge berechnet sind.

Für jedes berücksichtigungsfähige Kind oder jedes Kind, das nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist, vermindert sich die Pauschale um 40,00 Euro. Die Pauschale entfällt bei Empfängern von Anwärterbezügen, bei Witwen und Witwern im Jahr des Todesfalls, bei Waisen und bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen sowie bei dauernder Pflegebedürftigkeit.

Auch für Aufwendungen für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und zur Früherkennung von Krankheiten entfällt die Pauschale.

Eigenbeteiligungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen werden nicht zusätzlich erhoben. Auch fällt keine Praxisgebühr an.

Aufwendungen bei Krankheit

Bei stationärer Behandlung sind Wahlleistungen beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte innerhalb von drei Monaten (z. B. bei Einstellung, bei Übernahme eines Beamten auf Widerruf in das Beamtenverhältnis auf Probe, bei Umwandlung des Beamtenverhältnisses auf Probe in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit) gegenüber der Festsetzungsstelle erklärt hat, Wahlleistung in Anspruch nehmen zu wollen. Diese Erklärung gilt gleichzeitig als Einverständnis für den Abzug des zu zahlenden Betrages von 13,00 Euro monatlich von den Bezügen.

Die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden, eine erneute Anspruchsbegründung ist ausgeschlossen, wenn nicht oben genannten Voraussetzungen vorliegen.

Beachte: Aufwendungen, die von Leistungserbringern in Rechnung gestellt werden, obwohl eine Vereinbarung zur Erbringung von Wahlleistungen nicht oder verspätet abgeschlossen wurde, sind nicht beihilfefähig.

Die beihilfefähigen Wahlleistungen umfassen auch wahlärztliche Leistungen wie die Chefarztbehandlung. Die Kosten der Unterbringung werden bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 12,00 Euro täglich erstattet.

Die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker für seine beihilfefähigen Leistungen verbrauchten oder nach Art und Umfang vor der Anschaffung schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen sind beihilfefähig.

Aufwendungen für die Beförderung eines Erkrankten bei notwendiger Behandlung zum nächstgelegenen Behandlungsort sind bis zu den Kosten der niedrigsten Beförderungs-kategorie (unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreismäßigungen) der öffentlichen Verkehrsmittel beihilfefähig, es sei denn, aufgrund des Gesundheitszustandes oder in dringenden Fällen ist eine anderweitige Beförderung erforderlich und der behandelnde Arzt bescheinigt dies.

Aufwendungen für die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel (nicht öffentliche Verkehrsmittel) am Wohn-, Aufenthalts-

Beihilfeleistungen in den Ländern

und Behandlungsort oder in dessen Einzugsgebiet sind nur beihilfefähig, wenn die Benutzung unvermeidbar war.

Zahn technische Leistungen (Zahnersatz, Kronen und Einlagefüllungen), die ab dem 1. September 2005 eingegliedert wurden, sind zu 60 Prozent beihilfefähig.

Zudem sind Sehhilfen (Brillen u.ä.) bis zu bestimmten Festbeträgen beihilfefähig.

Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen sind nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.

Aufwendungen bei Geburt

Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird eine Beihilfe von 150,00 Euro gewährt.

Aufwendungen in Todesfällen

Die beihilfefähigen Aufwendungen in Todesfällen umfassen nur die Kosten für die Leichenschau, den Sarg bis zur Höhe der Kosten eines einfachen Eichensarges, die Einsargung, die Aufbahrung, die Überführung der Leiche vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz oder die Überführung zum nächstgelegenen Krematorium, die Einäscherung, die Urne, die Überführung der Urne zur Beisetzungsstelle bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungplatzes für die Urne, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal. Die Kosten für den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungplatzes sind nur bis zu einem Betrag von 250,00 Euro beihilfefähig.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege beihilfefähig. Je nach Pflegestufe sind für häusliche Pflege Aufwendungen

- in Pflegestufe 1 bis zu 450,00 Euro
- in Pflegestufe 2 bis zu 1.040,00 Euro
- in Pflegestufe 3 bis zu 1.510,00 Euro

für eine geeignete Pflegekraft monatlich beihilfefähig. In besonders gelagerten Einzelfällen können zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3 weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918,00 Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe 3 weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss.

In besonderen Pflegefällen können unter Berücksichtigung eines angemessenen Eigenbetrags Kosten bis zu einer Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Berufspflegekraft erstattet werden. Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt, die

- 1. in Pflegestufe I 225,00 Euro
- 2. in Pflegestufe II 430,00 Euro
- 3. in Pflegestufe III 685,00 Euro

monatlich beträgt.

Stationäre Pflege

Bei der stationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung ist der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht kommende Pflegesatz beihilfefähig.

Bei stationärer Pflege sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten nicht beihilfefähig, es sei denn, sie übersteigen folgende monatliche Eigenanteile:

70 Prozent des Einkommens

- bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige
- bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen

40 Prozent bei Beihilfeberechtigten mit einem Angehörigen

35 Prozent bei Beihilfeberechtigten mit mehreren Angehörigen

- des um 510,00 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit mehreren Angehörigen (360,00 Euro bei Versorgungsempfängern)

Einkommen sind die monatlichen Dienst- und Versorgungsbezüge – ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und variable Bezügebestandteile – sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversicherung des Beihilfeberechtigten. Als Angehörige gelten nur der Ehegatte und die berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionen werden als Beihilfe gezahlt. Daneben sind auch die notwendigen Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen beihilfefähig. Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind bis zu 2.557 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung zu den Kosten Leistungen erbringt. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Die Verbesserungen aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden in das Beihilferecht des Landes Rheinland-Pfalz übernommen.



Saarland

Rechtsgrundlage

Das Saarland hat eine eigene Beihilfenverordnung (BhVO).

Beihilfeantrag

Beihilfe wird nur gewährt, wenn die beantragten Aufwendungen 100,00 Euro übersteigen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so kann eine Beihilfe dennoch beantragt werden.

Kostendämpfungspauschale

Die Regelungen zur Kostendämpfungspauschale ab dem Jahr 2011 entspricht der Regelung in Rheinland-Pfalz.

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten im Kalenderjahr vor Antragstellung 16.000 Euro übersteigt. In Ausnahmefällen kann Beihilfe gewährt werden. Für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei Heilmaßnahmen werden im Einzelfall nur Kosten für Materialien, Stoffe und Medikamente erstattet, die dem behandelnden Angehörigen im Rahmen dieser Versorgung entstehen und die nachgewiesen sind. Nahe Angehörige sind: Ehegatte, Kinder, Eltern, Großeltern, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Behandelten. Für die vorübergehende Krankenpflege durch nahe Angehörige gilt das Gleiche wie in den Beihilfevorschriften des Bundes.

Aufwendungen bei Krankheit

Aufwendungen für Wahlleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) bei stationärer Behandlung sind nicht beihilfefähig. Der Selbstbehalt für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen (bisher 2,56 Euro) wurde wie folgt erhöht:

- 4,00 Euro bei einem Apothekenabgabepreis bis 16,00 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels
- 4,50 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von 16,01 Euro bis 26,00 Euro
- 5,00 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 26,00 Euro

Der Betrag ist in folgenden Fällen nicht abzuziehen

- bei Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- Schwangere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung
- Empfänger von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des Mindestruhegehaltes und bei ihnen berücksichtigungsfähige Personen
- dauerhaft Pflegebedürftige bei vollstationärer Pflege

Im Falle einer Krankenhausbehandlung gilt ein Selbstbehalt bei Personen über 18 Jahren von 9,00 Euro je Kalendertag für längstens 14 Kalendertage innerhalb eines Kalenderjahres. Zum 1. Juli 2003 wird die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Brillenfassungen abgeschafft und für Heilbehandlungen wie Massagen, Krankengymnastik, Fango etc. ein Eigenanteil von 15 Prozent eingeführt. Aufwendungen für die Beförderung eines Erkrankten bei notwendiger Behandlung zum nächstgelegenen Behandlungsort sind bis zu den Kosten der niedrigsten Beförderungsklasse unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen der öffentlichen Verkehrsmittel beihilfefähig, es sei denn, aufgrund des Gesundheitszustandes oder in dringenden Fällen ist eine anderweitige Beförderung erforderlich und der behandelnde Arzt bescheinigt dies.

Aufwendungen für die Benutzung privater Personenkraftwagen sind nur in Höhe des im Saarländischen Reisekostengesetz festgelegten Betrages beihilfefähig. Von den Beförderungskosten ist ein Eigenanteil von 12,80 Euro je einfache Fahrt in Abzug zu bringen.

Sanatorium und Heilkur

Bei einer Sanatoriumsbehandlung wurde ein täglicher Selbstbehalt von 9,00 Euro eingeführt. Bei Heilkuren sind für Unterkunft und Verpflegung bis 10,00 Euro und für die Begleitperson bis 7,00 Euro beihilfefähig.

Belastungsgrenze i. H. v. 2 Prozent bzw. 1 Prozent (Chroniker) für Abzüge bei

- Krankenhausleistungen (= 9 Euro je Kalendertag, längstens 14 Kalendertage)
- Arznei- und Verbandsmittel (4 Euro bis 5 Euro je nach Apothekenabgabepreis)
- Beförderungsleistungen (12,80 Euro je einfache Fahrt)
- Sanatoriumsleistungen (= 9 Euro je Kalendertag)

Aufwendungen im Todesfall

In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, die Einsargung etc. eine Beihilfe für Erwachsene in Höhe von 525,00 Euro und für Kinder in Höhe von 225,50 Euro gewährt. Leistungen aus Sterbeversicherungen ab 1.023,00 Euro führen zu einer Reduktion der Beihilfe auf 307,00 Euro (Kinder: 205,00 Euro), ab Ansprüchen von mindestens 2.045,00 Euro steht keine Beihilfe zu.

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Die Pflegesätze bei häuslicher Pflege durch geeignete Pflegekräfte bzw. durch andere Pflegepersonen sowie bei Kurzzeitpflege orientieren sich an den Regelungen des 11. Sozialgesetzbuchs und sind damit weitgehend vergleichbar mit den Leistungen des Bundes. Dies gilt auch für den Bereich der stationären Pflege, jedoch mit anderen Eigenanteilen.

Bei stationärer Pflege sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten nicht beihilfefähig, es sei denn, sie übersteigen folgende monatliche Eigenanteile:

70 Prozent des Einkommens

- bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige
- bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen

40 Prozent des um

- 511,00 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit einem Angehörigen
- 383,00 Euro verminderten Bezüge bei Versorgungsempfängern mit einem Angehörigen

35 Prozent des um

- 511,00 Euro verminderten Einkommens bei Beihilfeberechtigten mit mehreren Angehörigen (383,00 Euro bei Versorgungsempfängern)

Einkommen sind die monatlichen Dienst- und Versorgungsbezüge – ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und variable Bezügebestandteile – sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversicherung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen sozialversicherungspflichtigen Arbeitseinkommens. Als Angehörige gelten nur der Ehegatte und die berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionen werden als Beihilfe gezahlt. Daneben sind auch die notwendigen Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen beihilfefähig. Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind bis zu 2.557 Euro ab 01.07.2008 je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung zu den Kosten Leistungen erbringt. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Zahntechnische Leistungen sind einheitlich zur Hälfte beihilfefähig.



Sachsen

Sachsen

Rechtsgrundlage

Sächsischen Beihilfeverordnung (SächsBhVO)

Darüber hinaus wurden z.B. Regelungen für künstliche Befruchtung / Sterilisation, für Aufwendungen für Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität und zu zahn-technischen Leistungen (zu 40 Prozent beihilfefähig), zu Krankenhausbehandlungen, zu Komplextherapien erlassen.

Der Antrag auf Beihilfegewährung kann bis zu 2 Jahren nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung gestellt werden.

Kostendämpfungspauschale

Die verbleibende Beihilfe reduziert sich um 80,00 Euro je Kalenderjahr (außer bei Maßnahmen der Schwangerenüberwachung sowie für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen; ebenso bei Waisen; GKV-Versicherten oder bei Elternzeit). Eine Praxisgebühr wird somit nicht erhoben. Ebenso sind Aufwendungen in Todesfällen in Sachsen weiter beihilfefähig.

Aufgrund des zum 01.01.2011 in Kraft tretenden Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) können auch die Beihilfetragere von den pharmazeutischen Unternehmen Rabatte zu gewährten Beihilfen für Arzneimittel entsprechend erhalten. Deshalb wird die Beihilfestelle verpflichtet, Rechnungsbelege für ab dem 01.01.2011 gekaufte Arzneimittel für eine Rechnungsprüfung aufzubewahren; das Beihilfeverfahren wurde dahingehend verändert, dass künftig Belege für Arzneimittel nicht mehr an den Beihilfeberechtigten zurückgeschickt werden. Andere Belege (z. B. Arztrechnungen) werden weiterhin zurückgeschickt.



Sachsen-Anhalt

Sachsen-Anhalt

Es gelten die Beihilfavorschriften des Bundes.



Schleswig-Holstein

Schleswig-Holstein

Rechtsgrundlage

Schleswig-Holstein hat eine eigene Beihilfeverordnung (BhVO).

Die Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner von Beihilfeberechtigten, die sich in einer nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) eingetragenen Lebenspartnerschaft befinden, sind berücksichtigungsfähig.

Kostendämpfungspauschale

Die errechnete Beihilfe je Kalenderjahr, in welchem die Aufwendungen entstanden sind, wird um einen Selbstbehalt gekürzt, der nach sozialen Gesichtspunkten festgelegt ist:

Beihilfeleistungen in den Ländern

	Besoldungsgruppen	Betrag
■ Stufe 1	A 2 bis A 6	60,00 Euro
■ Stufe 2	A 7 bis A 9	120,00 Euro
■ Stufe 3	A 10 und A 11	180,00 Euro
■ Stufe 4	A 12 bis A 15, B 1, C 1 und C 2, W 1 und W 2 R 1, H 1, H 2 u. H 3	240,00 Euro
■ Stufe 5	A 16, B 2 und B 3, C 3, W 3, R 2 und R 3, H 4	360,00 Euro
■ Stufe 6	B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7	480,00 Euro
■ Stufe 7	Höhere Besoldungsgruppen	600,00 Euro

Dies gilt auch für Versorgungsempfänger.

Die Beträge reduzieren sich für jedes im Familienzuschlag berücksichtigte Kind um 25,00 Euro. Der Selbstbehalt beträgt mindestens 50,00 Euro (Mindestselbstbehalt). Bei der Stufe 1 (Bes.Gr A 2–A 6) wird kein Mindestselbstbehalt einbehalten.

Bei Teilzeitbeschäftigung werden die Beträge im gleichen Verhältnis wie die verminderte Arbeitszeit zur regelmäßigen Arbeitszeit vermindert.

Kein Selbstbehalt für

- Anwärter
- Elternzeit ohne Besoldung
- Alleinerziehende in Beurlaubung ohne Besoldung zur Kinderbetreuung
- Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
- Vorsorgemaßnahmen.

Sehhilfen sind eingeschränkt beihilfefähig (Pauschalierung je nach Einstärkengläser oder Mehrstärkengläser) einschließlich der Fassungen (Festbetrag für die Fassung 20,00 Euro). Implantationen im Kieferbereich sind eingeschränkt beihilfefähig (bis zu zwei Implantate je Kieferhälfte, Pauschalierung je beihilfefähigem Implantat, Honorar 480,00 Euro, Material- und Laborkosten 500,00 Euro).

Die im Antrag geltend gemachten Aufwendungen müssen 100,00 Euro überschreiten (nach 10 Monaten 15,00 Euro).

Keine Zuzahlungen bei Arzneimitteln; keine Praxisgebühr.



Thüringen

Rechtsgrundlage: § 87 Thüringer Beamtengesetz

Durch eine Übergangsbestimmung gelten bis zum Inkrafttreten einer eigenen Rechtsverordnung die Beihilfavorschriften in der Fassung vom 1. November 2001, zuletzt geändert durch VwV vom 30.01.2004, nach Maßgabe der Thüringer Verordnung über Sonderbestimmungen in der Beihilfe vom 7. November 2006 weiter.

Dies entspricht den bislang beim Bund gültigen Beihilfavorschriften in der Fassung der 28. Änderungsverordnung. Die Bundesbeihilfeverordnung wird somit nicht übernommen. Die Sonderbestimmungen vom 7. November 2006 regeln darüber hinaus die Berücksichtigungsfähigkeit studierender Kinder im Rahmen der Änderungen des Steueränderungsgesetzes. Die Regelung entspricht dabei der des Bundes.

Rechtsvorschriften zur Beihilfe

Bundesbeihilfeverordnung

mit Auszügen aus den

Allgemeinen Verwaltungsvorschriften

Seite 206



Liebe Leserinnen und Leser,

auf den folgenden Seiten finden Sie den Wortlaut der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) sowie deren Anlagen. Zum besseren Verständnis haben wir bei manchen Paragraphen einen Auszug der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften hinzugefügt. Diesen Auszug haben wir jeweils kursiv hinterlegt.

Die Redaktion



Rechtsvorschriften

Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV“). Stand: 17. Dezember 2009.

Aufgrund des § 80 Abs. 4 des Bundesbeamtengesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) verordnet das Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium für Gesundheit i. d. F. der Ersten Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 17.12.2009:

Inhaltsübersicht

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

- § 1 Regelungszweck
- § 2 Beihilfeberechtigte
- § 3 Beamtinnen und Beamte im Ausland
- § 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige
- § 5 Konkurrenzen
- § 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
- § 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch
- § 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit
- § 9 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen
- § 10 Beihilfeanspruch
- § 11 Aufwendungen im Ausland

Kapitel 2

Aufwendungen in Krankheitsfällen

Abschnitt 1

Ambulante Leistungen

- § 12 Ärztliche Leistungen
- § 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern
- § 14 Zahnärztliche Leistungen
- § 15 Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- § 16 Auslagen, Material- und Laborkosten
- § 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf
- § 18 Psychotherapeutische Leistungen
- § 19 Psychosomatische Grundversorgung
- § 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- § 21 Verhaltenstherapie

Abschnitt 2

Sonstige Aufwendungen

- § 22 Arznei- und Verbandmittel
- § 23 Heilmittel
- § 24 Komplextherapien
- § 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
- § 26 Krankenhausleistungen
- § 27 Häusliche Krankenpflege
- § 28 Familien- und Haushaltshilfe
- § 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland
- § 30 Soziotherapie
- § 31 Fahrtkosten
- § 32 Unterkunftskosten
- § 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Abschnitt 3

Rehabilitation

- § 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen
- § 35 Rehabilitationsmaßnahmen
- § 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen



Kapitel 3

Aufwendungen in Pflegefällen

- § 37 Grundsatz
- § 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege
- § 39 Vollstationäre Pflege
- § 40 Palliativversorgung

Kapitel 4

Aufwendungen in anderen Fällen

- § 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
- § 42 Schwangerschaft und Geburt
- § 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
- § 44 Tod der oder des Beihilfeberechtigten
- § 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe und Organspende

Kapitel 5

Umfang der Beihilfe

- § 46 Bemessung der Beihilfe
- § 47 Abweichender Bemessungssatz
- § 48 Begrenzung der Beihilfe
- § 49 Eigenbehalte
- § 50 Belastungsgrenzen

Kapitel 6

Verfahren und Zuständigkeit

- § 51 Bewilligungsverfahren
- § 52 Zuordnung von Aufwendungen
- § 53 Elektronische Gesundheitskarte
- § 54 Antragsfrist
- § 55 Geheimhaltungspflicht
- § 56 Festsetzungsstellen
- § 57 Verwaltungsvorschriften

Kapitel 7

Übergangs- und Schlussvorschriften

- § 58 Übergangsvorschriften
- § 59 Inkrafttreten

Anlage 1 (zu § 6 Abs. 2)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ➡ siehe Seite 233 ff.

Anlage 2 (zu § 18 bis 21)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung ➡ siehe Seite 236 ff.

Anlage 3 (zu § 23 Abs. 1 und § 24 Abs. 1)

Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel ➡ siehe Seite 239 ff.

Anlage 4 (zu § 23 Abs. 1)

Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilmittel und Voraussetzungen für bestimmte Heilmittel ➡ siehe Seite 57 ff.

Anlage 5 (zu § 25 Abs. 1 und 4)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke einschließlich Zubehör ➡ siehe Seite 241 ff.

Anlage 6 (zu § 25 Abs. 1, 2 und 4)

Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle ➡ siehe Seite 248 ff.

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

(mit ausgewählten Absätzen aus den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften)

§ 1 Regelungszweck

Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfe in den gesetzlich vorgesehenen Fällen. Die Beihilfe ergänzt die gesundheitliche Eigenvorsorge, die in der Regel aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

§ 2 Beihilfeberechtigte

(1) Soweit nicht die Absätze 2 bis 5 etwas anderes bestimmen, ist beihilfeberechtigt, wer im Zeitpunkt der Leistungserbringung

1. Beamtin oder Beamter,
2. Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder
3. frühere Beamtin oder früherer Beamter ist.

(2) Die Beihilfeberechtigung setzt ferner voraus, dass der oder dem Beihilfeberechtigten Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeiträge nach den Abschnitten II, III oder V oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI des Beamtenversorgungsgesetzes zustehen. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen Elternzeit oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden. Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung unberührt, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert.

(3) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte,
2. Beamtinnen und Beamte, deren Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst im Sinne des § 40 Abs. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes beschäftigt sind, und
3. Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

(4) Nicht beihilfeberechtigt nach dieser Verordnung sind diejenigen Beamtinnen und Beamten des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamtinnen oder Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.

(5) Nicht beihilfeberechtigt nach dieser Verordnung sind diejenigen Beamtinnen und Beamten, die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sind, soweit die Satzung für beihilfefähige Aufwendungen dieser Mitglieder Sachleistungen vorsieht und diese nicht durch einen Höchstbetrag begrenzt sind.

§ 3 Beamtinnen und Beamte im Ausland

Beihilfeberechtigt nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sind auch diejenigen Beamtinnen und Beamten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind.

§ 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Ehegattinnen und Ehegatten von Beihilfeberechtigten sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 17 000 Euro nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, ist die Ehegattin oder der Ehegatte unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den Ehegattinnen und Ehegatten der Beihilfeberechtigten nach § 3 im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.

(2) Kinder der oder des Beihilfeberechtigten sind berücksichtigungsfähig, wenn sie im Familienzuschlag der oder des Beihilfeberechtigten nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind. Dies gilt für Kinder von Beihilfeberechtigten nach § 3, wenn

1. Anspruch auf einen Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes besteht oder
 2. ein Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.
- (3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

4.1 Zu Absatz 1

4.1.5 *Der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) ist die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den*

Rechtsvorschriften

Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Abs. 3 EStG. ²Nach dem EStG § 2 Abs. 2 sind Einkünfte bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7 k EStG) und bei den anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9 a EStG). ³Die Voraussetzungen für die Berücksichtigung der Ehegattin oder des Ehegatten sind durch die Vorlage des Steuerbescheides jährlich nachzuweisen. ⁴Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben können unkenntlich gemacht werden. ⁵Die Festsetzungsstelle kann andere Einkommensnachweise zulassen, wenn die oder der Beihilferechtigte den Steuerbescheid nicht vorlegen kann. ⁶Aussagekraft und Beweiswert eines anderen Nachweises müssen dem amtlichen Steuerbescheid gleichwertig sein und alle von § 2 Absatz 3 EStG erfassten Einkünfte umfassen.

§ 5 Konkurrenzen

- (1) Die Beihilferechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt
 1. eine Beihilferechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs sowie
 2. die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger aus.
- (2) Die Beihilferechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs schließt die Beihilferechtigung aufgrund früherer Versorgungsansprüche sowie als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger aus. Satz 1 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.
- (3) Die Beihilferechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht
 1. der Beihilferechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und
 2. der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger vor. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.
- (4) Ein Kind, das bei mehreren Beihilferechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird bei der oder dem Beihilferechtigten berücksichtigt, die oder der den Familienzuschlag für das Kind erhält. Beihilferechtigte im Sinne von Satz 1 sind Personen, die einen Anspruch auf Beihilfe haben, der in seinem Umfang dem Anspruch nach dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar ist, unabhängig von der jeweiligen Anspruchsgrundlage. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die Anspruch auf truppenärztliche Versorgung haben oder heilfürsorgeberechtigt sind. Als Familienzuschlag für das Kind gilt eine Leistung nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder der Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes oder vergleichbare Leistungen auf anderer Rechtsgrundlage.

§ 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

- (1) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht oder die Ablehnung der Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes eine besondere Härte darstellen würde.
- (2) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden. Als nicht notwendig gelten in der Regel Untersuchungen und Behandlungen, soweit sie in der Anlage 1 ausgeschlossen werden.
- (3) Wirtschaftlich angemessen sind grundsätzlich Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, wenn sie dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechen. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte. Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen.
- (4) Für Beihilferechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. Gelten Höchstbeträge nach Anlage 5, kann in entsprechender Anwendung des § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten.
- (5) Sind Beihilferechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a oder nach § 257 Abs. 2 a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, beurteilt sich die wirtschaftliche Angemessenheit ihrer Aufwendungen nach den in den Verträgen nach § 75 Abs. 3 b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Gebührenregelungen. Solange keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, gelten die Maßgaben des § 75 Abs. 3 a Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch

Soweit sich Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Beihilfe gewährt wird, an Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anlehnen, setzt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen voraus, dass für die Leistungen

Rechtsvorschriften

einschließlich der Arzneimittel nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind sowie insbesondere ein Arzneimittel zweckmäßig ist und keine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Försorgegrundsatzes nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren. Dies gilt insbesondere für die §§ 22 und 27 Abs. 1 Satz 2, §§ 30 und 40 Abs. 1, § 41 Abs. 1, § 43 Abs. 1 und § 50 Abs. 1 Satz 4. Im Übrigen gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, auf die diese Verordnung verweist, entsprechend, soweit die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Sozialversicherungsrecht dies nicht ausschließen.

§ 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit

(1) Beihilfefähig sind nicht die Aufwendungen

1. der Beamtinnen und Beamten, denen ein Anspruch auf Heilfürsorge nach § 70 Abs. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zusteht,
2. für nicht von der Festsetzungsstelle veranlasste Gutachten,
3. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
4. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen,
5. für Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings, und
6. für persönliche Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Eltern oder die Kinder der oder des Behandelten. In diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig.

(2) Ferner sind Aufwendungen nicht beihilfefähig, soweit auf sie gegen Dritte ein Ersatzanspruch besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht.

(3) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile, Selbstbehalte nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Werden diese Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht nachgewiesen, gelten 15 Prozent der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

(4) Nicht beihilfefähig sind erbrachte Sach- und Dienstleistungen nach § 2 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Als Sach- und Dienstleistung nach § 2 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Pflichtversicherten nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der familienversicherten Angehörigen nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch die Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bei Personen, denen ein Zuschuss oder Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch

1. die über die Festbeträge hinausgehenden Beträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und
 2. Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Versicherte die mögliche Sachleistung nicht in Anspruch genommen haben. Dies gilt auch, wenn Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden. Ausgenommen sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus.
- (5) Die Absätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet worden sind.

8.3 Zu Absatz 3

8.3.1 *¹Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen oder Kostenanteile sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. ²Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Von der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. ³Bei den nicht durch Zuschüsse der Krankenversicherung gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen oder Kostenanteile.*

8.3.2 *¹Nach § 53 SGB V (Wahltarife) können die gesetzlichen Krankenkassen bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V vorsehen, dass die Versicherten jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten zu übernehmen haben (Selbstbehalt). ²Soweit Selbstbehalte von der Krankenkasse angerechnet werden, sind sie nicht beihilfefähig.*

Rechtsvorschriften

8.4 Zu Absatz 4

- 8.4.1 ¹Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel, die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden sowie kieferorthopädische Behandlung) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z. B. der Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). ²Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 9 Abs. 1 Satz 1 angerechnet.
- 8.4.2 ¹Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249 a SGB V). ²Satz 3 gilt nicht für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag monatlich weniger als 21 Euro beträgt.
- 8.4.3 ¹Da nach Satz 3 Nr. 1 bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. ²Festbeträge können gebildet werden für
- Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
 - Hilfsmittel (§ 36 SGB V).
- ³Als Festbeträge gelten auch
- die Vertragsätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V (Sehhilfen),
 - der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V (Zuschuss zu den Kosten bei fehlender Indikation für Kontaktlinsen, der für eine erforderliche Brille aufzuwenden wäre),
 - der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Sehhilfen bis zum 14. Lebensjahr) sowie
 - der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V (Beschränkung des Entgeltes für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen auf Festbeträge in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen).
- 8.4.4 ¹Satz 3 Nr. 2 erfasst die Fälle, in denen sich die oder der gesetzlich Pflichtversicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z. B. privatärztliche Behandlung durch eine Kassenärztin oder einen Kassenarzt). ²Wäre im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung erfolgt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. ³Gehört die behandelnde Person oder die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Personenkreis, ist § 9 Abs. 3 anzuwenden.

§ 9 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

- (1) Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an Beihilfeberechtigte, die dem gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaft angehören. Unterhaltsansprüche von Beihilfeberechtigten gelten nicht als Ansprüche auf Kostenerstattung.
- (2) Von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.
- (3) Sind Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe anzusetzen. Andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, sind in Höhe von 50 Prozent der entstandenen Aufwendungen als zustehende Erstattungs- oder Sachleistungen anzusetzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für
1. Erstattungen und Sachleistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen,
 2. berücksichtigungsfähige Kinder einer oder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, und
 3. Erstattungen und Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.
- (4) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 Sätze 1 bis 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.

§ 10 Beihilfeanspruch

(1) Auf Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden. Er ist nicht vererblich, soweit die Beihilfe nicht bereits vor dem Erbfall bewilligt wurde. Die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger ist in Höhe des Betrages zulässig, auf den ein Anspruch zu seiner Forderung auf Beihilfe besteht und der noch nicht ausgezahlt ist. Stirbt die oder der Beihilfeberechtigte, erhält die Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tode unbeschadet des Satzes 3, wer die Belege zuerst vorlegt.

(2) Anspruch auf Beihilfe hat nur, wer seinen Krankenversicherungsschutz und den seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen einschließlich abgeschlossener Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachweist.

10.2 Zu Absatz 2

10.2.1 *¹Nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) besteht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit Wohnsitz in Deutschland ab dem 1. Januar 2009 die Pflicht, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrecht zu erhalten. ²Wer weder gesetzlich versichert ist noch einen Anspruch auf Leistungen eines anderen Versorgungssystems wie freie Heilfürsorge hat, ist verpflichtet, den nicht von der Beihilfe abgedeckten Teil nach einem Tarif der privaten Krankenversicherung zu versichern, der mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei dem der Selbstbehalt die nach § 193 Absatz 3 Satz 1 zulässige Höhe nicht übersteigt. ³Wird der Nachweis des Krankenversicherungsschutzes nicht erbracht, wird keine Beihilfe gewährt werden. ⁴Wohnsitz ist der Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes.*

10.2.2 *¹Unabhängig vom Leistungsumfang genügt eine vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Teilversicherung der Versicherungspflicht, sofern keine konkreten Anhaltspunkte für die Annahme vorliegen, dass die oder der Beihilfeberechtigte für sich und berücksichtigungsfähige Angehörige die weder von der Beihilfe noch von der Krankenversicherung abgedeckten Krankheitskosten aus eigenen Mitteln nicht vollständig bestreiten kann. ²Ein nur zahnärztliche Leistungen abdeckender Tarif beispielsweise ist keine Teilversicherung, die der Versicherungspflicht genügt. ³Diese Verträge dürfen nicht so geändert werden, dass die Deckungslücke zwischen Versicherungsschutz und Beihilfeanspruch vergrößert wird. ⁴Zusätzlich dürfen die Selbstbehalte durch Änderungen nicht über die in § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG genannten Beträge hinaus erstmals oder weiter erhöht werden. ⁵Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen steht Beihilfe zu, wenn sie regelmäßig über keinen Versicherungsschutz verfügen, beispielsweise weil sich ihr Wohnsitz im Ausland befindet.*

10.2.3 *Ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht, da nach § 14 in Verbindung mit § 17 SGB IV und nach der Sozialversicherungsentgeltverordnung Beamtenbezüge nicht zum Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung zählen.*

10.2.4 *Ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten gilt als eine der Versicherungspflicht genügende Absicherung.*

§ 11 Aufwendungen im Ausland

(1) Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 6 Abs. 3 ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären.

(2) Ohne Beschränkung auf die im Inland entstehenden Kosten sind außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte geschoben werden können,
2. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die in der Nähe der deutschen Grenze wohnen, aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder
3. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

(3) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dies gilt nicht in den Fällen des § 31 Abs. 5.

Kapitel 2

Aufwendungen in Krankheitsfällen

Abschnitt 1 Ambulante Leistungen

§ 12 Ärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 in Krankheitsfällen grundsätzlich beihilfefähig. Die Vorschriften des Kapitels 4 bleiben unberührt. Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der oder des Beihilfberechtigten trägt die Festsetzungsstelle.

§ 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern

Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nach Maßgabe des § 6 Abs. 3 Satz 3 beihilfefähig.

§ 14 Zahnärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 grundsätzlich beihilfefähig. Für Zahnersatz und implantologische Leistungen kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den beihilfefähigen Aufwendungen.

§ 15 Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind beihilfefähig bei

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

Im Fall des Satzes 1 Nummer 5 sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Liegt keiner der in Satz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Fälle vor, sind die Aufwendungen für höchstens zwei Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, sind entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate zu kürzen. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind immer beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
2. bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt und die Festsetzungsstelle den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. 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. Die Aufwendungen für den Heil- und Kostenplan nach Satz 1 sind beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen:

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,
2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 701 und 702 des Gebühren-

Rechtsvorschriften

verzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte,

- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen oder
 - umfangreiche Gebiss-Sanierungen. Diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist.
- (4) Der Befund nach Absatz 3 ist mit einem geeigneten Formblatt nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte zu belegen.

15.1.3 Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurde, sofern der oder die Beihilfeberechtigte nicht in geeigneter Weise, z. B. durch Beihilfebescheide oder Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgeber glaubhaft machen kann (Urteil BVerwG vom 28.5.2008 – 2 C 12/07).

§ 16 Auslagen, Material- und Laborkosten

(1) Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Abs. 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C, F und K und den Nummern 708 bis 710 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 40 Prozent beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Indikationen nach § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4.

(2) Wenn der auf die in Absatz 1 genannten Aufwendungen entfallende Anteil nicht nachgewiesen ist, sind 40 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages anzusetzen.

§ 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf

(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.

(2) Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind Aufwendungen für

- prothetische Leistungen,
- Inlays und Zahnkronen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- implantologische Leistungen.

Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn die oder der Beihilfeberechtigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

§ 18 Psychotherapeutische Leistungen

(1) Zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 19), der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 20) sowie der Verhaltenstherapien (§ 21). Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig bei

- affektiven Störungen (depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen, Dysthymie),
- Angststörungen und Zwangsstörungen,
- somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
- Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
- Essstörungen,
- nichtorganischen Schlafstörungen,
- sexuellen Funktionsstörungen,
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
- Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Eine Psychotherapie kann neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,

Rechtsvorschriften

4. psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

Die Leistungen müssen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Anlage 2 Nummer 2 bis 4 erbracht werden. Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(2) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Krankheiten nach Absatz 1 dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,

2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie bis zu acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und

3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Für das Erstellen von Gutachten nach Satz 1 Nr. 3 benennt das Bundesministerium des Innern geeignete Gutachterinnen und Gutachter und gibt diese durch Verwaltungsvorschrift bekannt. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder Ärztin oder Arzt eingeholt werden, die oder den der Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes beauftragt hat.

(3) Für die psychosomatische Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Aufwendungen für katathymen Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Rational Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

(6) Vor Behandlungen durch psychologische Psychotherapeutinnen, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung muss eine Ärztin oder ein Arzt vornehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich bestätigen.

(7) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(8) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, die am Dienstort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen haben, sind Aufwendungen für

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder

2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte auch in Form eines Internet-gestützten Therapieverfahrens beihilfefähig. Für Internet-gestützte Therapieverfahren sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie in Gruppen sowie analytische Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie sind nach Einholung eines erneuten Gutachtens gegebenenfalls umzuwandeln. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind. Das Therapieverfahren kann durch Einzelkontakt mittels Telefon- oder E-Mail-Brücke erfolgen.

(9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 19 bis 21,

2. die in Anlage 2 Nr. 1 aufgeführten Behandlungsverfahren

§ 19 Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung, zu der Beihilfe gewährt wird, umfasst

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder

2. übende und suggestive Interventionen nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie, Hypnose).

(2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

1. verbale Intervention als einzige Leistung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,

Rechtsvorschriften

2. autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich sowie
3. Hypnose als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen.

Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 dürfen nicht in derselben Sitzung mit Leistungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 kombiniert werden. Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen der Ärztin oder des Arztes beihilfefähig.

[Absatz 3 aufgehoben]

§ 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Erwachsenen:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle	30 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht wurde	höchstens 20 weitere Sitzungen	höchstens 20 weitere Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	80 weitere Sitzungen	40 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmal 80 weitere Sitzungen	nochmals 40 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht wurde	begrenzte Behandlungsdauer von bis zu 60 weiteren Sitzungen	begrenzte Behandlungsdauer von bis zu 30 weiteren Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmal 30 weitere Sitzungen	nochmal 30 weitere Sitzungen

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmal 40 weitere Sitzungen	nochmal 30 weitere Sitzungen

In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten belegte notwendige Behandlung auf für eine über die in Satz 1 Nummer 3 und 4 zugelassene Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkannt werden. Hierüber entscheidet die oberste Dienstbehörde.

Rechtsvorschriften

- (2) Der Beihilfefähigkeit steht nicht entgegen, wenn bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden.
- (3) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppen-therapie grundsätzlich ausgeschlossen. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien aufgrund eines besonders begründeten Erstantrages durchgeführt werden.

§ 21 Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bei Erwachsenen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen
nur in besonderen Ausnahmefällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

2. bei Kindern und Jugendlichen einschließlich notwendiger begleitender Behandlung von Bezugspersonen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	45 Sitzungen	15 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen
nur in besonderen Ausnahmefällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 18 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach den Nummern 2 bis 4 der Anlage 2 vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonderen Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 18 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.

Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen

§ 22 Arznei- und Verbandmittel

(1) Aufwendungen für die von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt, einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker nach Art und Umfang schriftlich verordneten oder bei einer ambulanten Behandlung verbrauchten Arznei- und Verbandmittel sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 beihilfefähig. § 31 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 6 bis 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder aufgrund der Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind,
2. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, sie
 - a) sind für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr bestimmt,
 - b) sind für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bestimmt,
 - c) sind apothekenpflichtig und wurden oder werden in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen bei einer ambulanten Behandlung verbraucht oder
 - d) gelten bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard und werden mit dieser Begründung von der Ärztin oder dem Arzt ausnahmsweise verordnet. Das Bundesministerium des Innern hat in

Rechtsvorschriften

Verwaltungsvorschriften die entsprechenden Arzneimittel zu bestimmen. Beihilfefähig sind Aufwendungen für potenzsteigernde Arzneimittel, wenn

1. die Arzneimittel zur Behandlung einer anderen Krankheit als der erektilen Dysfunktion erforderlich sind und
 2. es zur Behandlung der Krankheit zugelassene Arzneimittel nicht gibt oder sie im Einzelfall nicht verträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben.
- (3) Das Bundesministerium des Innern bestimmt in Verwaltungsvorschriften als Obergrenzen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Arzneimittel Festbeträge im Sinne von § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Höchstbeträge im Sinne von § 31 Abs. 2 a in Verbindung mit § 35 b Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für die Bestimmung der Festbeträge nach Satz 1 gelten die in § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Grundsätze entsprechend. Für die Bestimmung der Höchstbeträge nach Satz 1 gelten die in § 31 Abs. 2 a in Verbindung mit § 35 b Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Grundsätze entsprechend. Die Bestimmungen nach Satz 1 haben sich weiter an den auf der Grundlage dieser Vorschriften getroffenen Entscheidungen und Bewertungen zu orientieren und die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes zu berücksichtigen. In den Verwaltungsvorschriften ist in Anlehnung an § 31 Abs. 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes auch festzulegen, für welche Arzneimittel der Eigenbehalt nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 entfällt.
- (4) Das Bundesministerium des Innern bestimmt in den Verwaltungsvorschriften nach Absatz 3 in Anlehnung an die nach § 35 b Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgegebenen Empfehlungen auch Einschränkungen dahingehend, dass Aufwendungen für Arzneimittel nur in bestimmten Fällen beihilfefähig sind.
- (5) Aufwendungen für Arzneimittel, insbesondere für Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial, deren Anwendung aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs, besondere Fachkenntnisse erfordert, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), sind nur beihilfefähig, wenn die Verordnung in Abstimmung mit einer Ärztin oder einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie im Sinne des § 73 d Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt. Die Wirkstoffe und Anwendungsgebiete nach Satz 1 bestimmen sich nach § 73 d Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 23 Heilmittel

- (1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig, wenn diese in Anlage 4 aufgeführt sind und von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe nach Anlage 3 angewandt werden. Bei einer Sprachtherapie sind auch Aufwendungen für Leistungen staatlich anerkannter Sprachtherapeuten sowie vergleichbar qualifizierter Personen beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind auf die in Anlage 4 genannten Höchstbeträge beschränkt.
- (2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel anstelle der in Absatz 1 Satz 3 genannten Höchstbeträge nach den örtlichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich, außer bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, um 10 Prozent der Kosten, die die maßgeblichen Höchstbeträge nach Absatz 1 Satz 3 übersteigen, höchstens jedoch um 10 Euro zuzüglich 10 Euro für jede Verordnung.

§ 24 Komplextherapien

- (1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Abs. 3 und § 23 Abs. 1 in angemessener Höhe beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Komplextherapie von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht wird, dem auch Ärztinnen, Ärzte, psychologische Psychotherapeutinnen, psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen nach Anlage 3 angehören müssen.
- (2) Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen sind nicht nach Absatz 1 beihilfefähig.

§ 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

- (1) 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 vorbehaltlich Absatz 4 Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung der in Anlage 5 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. Aufwendungen für in Anlage 6 ausgeschlossene Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes im Sinne von Satz 1 sind nach Ablauf von sechs Monaten seit Anschaffung beihilfefähig, wenn eine erneute ärztliche Verordnung vorliegt.
- (2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die

Rechtsvorschriften

1. einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,
 2. einen niedrigen Abgabepreis haben,
 3. der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder
 4. in Anlage 6 genannt sind.
- (3) Aufwendungen für das Mieten von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nach Absatz 1 Satz 1 sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die Aufwendungen für deren Anschaffung sind und diese sich dadurch erübrigt.
- (4) Sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 weder in Anlage 5 oder 6 aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar, sind hierfür getätigte Aufwendungen ausnahmsweise beihilfefähig, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen. Soweit das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern allgemein erklärt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen. Absatz 2 bleibt unberührt.
- (5) Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind nur in Höhe des 100 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

§ 26 Krankenhausleistungen

- (1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, für
1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung),
 3. Wahlleistungen in Form
 - a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne der §§ 16 und 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 22 der Bundespflegesatzverordnung,
 - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne der §§ 16 und 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 22 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und
 - c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach § 22 sowie
 4. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).
- (2) Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind die Aufwendungen für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für entsprechende Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die üblicherweise Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 Nr. 2 sind. Vor der Aufnahme in eine Einrichtung nach Satz 1 kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.
- (3) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b entspricht, es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Der in Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b genannte Abzugsbetrag ist zu berücksichtigen.

§ 27 Häusliche Krankenpflege

- (1) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind beihilfefähig, soweit sie angemessen und nach ärztlicher Verordnung vorübergehend erforderlich sind. Die Aufwendungen sind auch beihilfefähig, wenn die häusliche Krankenpflege außerhalb des eigenen Haushalts an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.
- (2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 umfasst
1. Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,
 2. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und
 3. ambulante psychiatrische Krankenpflege.
- (3) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der Absätze 1 und 2 durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Eltern oder die Kinder des Gepflegten durchgeführt, sind nur beihilfefähig:
1. Aufwendungen für Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person und

Rechtsvorschriften

2. eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.

§ 28 Familien- und Haushaltshilfe

- (1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn
 1. die oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen ihrer oder seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 26 und 32 Abs. 1, §§ 34 und 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 5, §§ 39 und 40 Abs. 2) nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
 2. im Haushalt mindestens eine Beihilfeberechtigte, ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, die oder der pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
 3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.
In besonderen Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde von diesen Voraussetzungen abgewichen werden.
- (2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen Unterbringung beihilfefähig, wenn deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wurde. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Im Todesfall der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Satz 1 für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. § 27 Abs. 3 gilt entsprechend.
- (3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

§ 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland

- (1) Aufwendungen Beihilfeberechtigter nach § 3 für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn
 1. eine ambulante ärztliche Behandlung des Elternteils, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
 2. mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und
 3. die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.
- (2) Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet ist und der Dienstort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer.
- (3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienstortes nach Absatz 2 Satz 1 mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Übernehmen die Ehegattin, der Ehegatte, die Eltern oder die Kinder des die Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch Nehmenden die Führung des Haushalts, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

§ 30 Sozialtherapie

Aufwendungen für Sozialtherapie sind beihilfefähig, wenn die oder der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Sozialtherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Inhalt und Ausgestaltung der Sozialtherapie richten sich nach § 37 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 31 Fahrtkosten

- (1) Aufwendungen für Rettungsfahrten zum Krankenhaus sind beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
- (2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten
 1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,
 2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn
 - a) dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder
 - b) die Festsetzungsstelle zugestimmt hat,
 3. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung in besonderen Ausnahmefällen nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle,
 4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine – andernfalls medizinisch gebotene – stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,

Rechtsvorschriften

5. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
 6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist, und
 7. der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten Kindes oder Jugendlichen in begründeten Ausnahmefällen.
- (3) Nicht beihilfefähig sind
1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen sowie
 2. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Behandlungen außerhalb der Europäischen Union. Ausnahmen sind zulässig, soweit sie aus zwingenden medizinischen Gründen im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes erforderlich sind. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.
- (4) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Bundesreisekostengesetz entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung nur nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes gewährt wird. Bei Fahrten nach den Absätzen 1 und 2 Nr. 6 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.
- (5) Ist für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn
1. eine sofortige Behandlung geboten war oder
 2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

§ 32 Unterkunftskosten

- (1) Aufwendungen für 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 beihilfefähig. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft in gleicher Höhe beihilfefähig.
- (2) Werden ärztlich verordnete Heilmittel in einer Einrichtung verabreicht, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch Pauschalen beihilfefähig. Dies gilt auch, wenn die Pauschalen einen Verpflegungsanteil enthalten.
- (3) Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 sind für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch beihilfefähig für notwendige ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Gastlandes. Die Aufwendungen für eine Unterkunft im Ausland sind bis zu 150 Prozent der Höhe der Auslandsübernachtungsgeldsätze nach der Anlage zur Auslandsreisekostenverordnung beihilfefähig.

§ 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

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 in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.

Abschnitt 3 Rehabilitation

§ 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

- (1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. In Ausnahmefällen liegt eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Behandlung erfolgt, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung stand.
- (2) Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Aufwendungen für die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.
- (3) Die Beihilfefähigkeit nach den Absätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die dort genannten ärztlichen Verordnungen die Rehabilitationsmaßnahme jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet haben und nicht von der Einrichtung

Rechtsvorschriften

stammen, bei der die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird. Die Einrichtung muss für die Durchführung der Anschlussheil- oder Suchtbehandlung geeignet sein. Maßnahmen nach Absatz 2 sind nur nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. In begründeten Ausnahmefällen kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

(4) Die §§ 26 und 31 gelten entsprechend.

§ 35 Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen und besondere Heilbehandlungen durchführen, beispielsweise mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie, soweit die dafür erforderliche Ausstattung und das Pflegepersonal vorhanden sind,
2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Muttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung,
3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitationen bei Krebs- oder Herzerkrankung eines Kindes oder bei einem an Mukoviszidose erkrankten Kind,
4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1,
5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und
6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.

(2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18 und 22 bis 25 und 26 Abs. 1 Nr. 3 beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 bis 4 beihilfefähig:

1. Fahrtkosten für die An- und Abreise
 - a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und
 - b) mit privaten Kraftfahrzeugen in entsprechender Anwendung des § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes, insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
2. Aufwendungen durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannter Begleitpersonen,
3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitpersonen,
4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,
5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
 - a) bei stationärer Rehabilitation einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
 - b) für Begleitpersonen bei stationärer Rehabilitation für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) 70 Prozent des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,
 - c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt,
 - d) bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und
 - e) der Begleitpersonen bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise). Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Nr. 6 sind bis zur Höhe von 6,20 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.

§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf entsprechenden Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten einer Amtsärztin, eines Amtsarztes, einer von ihr beauftragten Ärztin oder eines von ihr beauftragten Arztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind und
3. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1 Nr. 4 erzielt werden kann.

Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.

(2) Die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den

Rechtsvorschriften

drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.

(3) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Abs. 1 Nr. 1 in einer ausländischen Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn vor Beginn der Maßnahme die oder der von der Festsetzungsstelle beauftragte Ärztin oder Arzt die Einrichtung für geeignet erklärt hat und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubsreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der in § 9 Abs. 1 erwähnten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat.

Kapitel 3 Aufwendungen in Pflegefällen

§ 37 Grundsatz

(1) Aufwendungen für eine Pflegeberatung nach § 7 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn Leistungen der Pflegeversicherung

1. bezogen werden oder
2. beantragt worden sind und erkennbarer Hilfe- und Beratungsbedarf besteht

(2) Pflegebedürftige im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Stufen der Pflegebedürftigkeit) erfüllt sind. Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten auch Beihilfe zu den Aufwendungen für Betreuungsleistungen nach § 45 b des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege

(1) Aufwendungen für häusliche Pflegehilfen sind in Höhe der in § 36 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig, soweit sie die in § 14 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Einrichtungen zur Sicherstellung der Grundpflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung sowie die Betreuungsleistungen nach § 36 Absatz 1 Satz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch betreffen und für geeignete Pflegekräfte entstehen, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Ausgenommen sind dabei Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1, soweit sie nach § 27 beihilfefähig sind. § 36 Abs. 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 kann auch eine Pauschalbeihilfe gewährt werden, soweit die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die tätigen Aufwendungen im Rahmen der Pauschalbeihilfe zur Hälfte berücksichtigt. Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, soweit Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegspferfürsorge nach § 26 c des Bundesversorgungsgesetzes berühren die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. Darüber hinaus sind Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sowie die in § 44 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit beihilfefähig.

(3) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gewährt wird.

(4) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.

(5) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind nur beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der oder des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Rechtsvorschriften

§ 41 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Pflegebedürftige können die beihilfefähigen Aufwendungen für die teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege mit Aufwendungen für die häusliche Pflege nach Absatz 1 oder Absatz 2 nach ihrer Wahl kombinieren. § 41 Absatz 4 bis 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(6) Bei Verhinderung der Pflegeperson und bei Kurzzeitpflege gelten die §§ 39 und 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(7) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die die Voraussetzungen des § 45 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen. § 45 b des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Wird der Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderjahr übertragen werden.

(8) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Abs. 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(9) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der oder des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist der Aufwendungsbetrag dem Grunde nach beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird.

§ 39 Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Beihilfefähig sind Aufwendungen

1. pflegebedingter Art,
2. für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt wird und
3. für soziale Betreuung.

§ 43 Abs. 2, 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung, die nicht nach § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen ist, sind beihilfefähig, wenn die Pflegeeinrichtung mit einer solchen nach § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar ist.

(3) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten, jedoch nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, sind beihilfefähig, wenn sie den Eigenanteil der Einnahmen nach Satz 2 übersteigen. Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einnahmen bis zur Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 nach Anlage I des Bundesbesoldungsgesetzes
 - a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 Prozent der Einnahmen,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höheren Einnahmen
 - a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 Prozent der Einnahmen und
3. bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege der oder des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 Prozent der Einnahmen. Einnahmen im Sinne der Sätze 1 und 2 sind die Dienst- und Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften sowie der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der oder des Beihilfeberechtigten und der Ehegattin oder des Ehegatten einschließlich deren oder dessen laufender Einkünfte. Die Dienstbezüge sind die in § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 3 des Bundesbesoldungsgesetzes genannten (mit Ausnahme des kinderbezogenen Familienzuschlags) und der Altersteilzeitzuschlag. Die Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 des Beamtenversorgungsgesetzes genannten Bruttobezüge mit Ausnahme des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 Satz 2 des Beamtenversorgungsgesetzes, soweit nicht nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen. Der Unfallausgleich nach § 35 des Beamtenversorgungsgesetzes, die Unfallentschädigung nach § 43 des Beamtenversorgungsgesetzes und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberücksichtigt. Der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt. Wird einer oder einem Beihilfeberechtigten oder einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen Pflegegeld gezahlt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 um das gezahlte Pflege-

Rechtsvorschriften

wohngeld zu mindern. Das Gleiche gilt, wenn das Pflegegeld, das einer oder einem Beihilfeberechtigten oder einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen zuzurechnen ist, einem Dritten gezahlt wird.

(4) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen. § 43 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 40 Palliativversorgung

(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37 b Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 37 b Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.

Kapitel 4 Aufwendungen in anderen Fällen

§ 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich sind beihilfefähig. Die §§ 20 d, 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 001, 007, 200, 405 und 406 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte sowie für die Erhebung des Parodontalen Screening Index.

(3) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, die nicht nach anderen Vorschriften dieser Verordnung beihilfefähig sind, in Verwaltungsvorschriften für diejenigen Fälle ausnahmsweise zulassen, in denen die Gewährung von Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist.

(4) Das Bundesministerium des Innern kann sich im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen in Einzelfällen einmalig oder laufend an den Kosten für allgemeine, nicht individualisierbare Maßnahmen zur Früherkennung und Vorsorge durch pauschale Zahlungen beteiligen.

(5) § 31 Abs. 5 in Verbindung mit § 49 Abs. 5 Nr. 3 gilt entsprechend.

§ 42 Schwangerschaft und Geburt

(1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind neben den Leistungen nach Kapitel 2 beihilfefähig Aufwendungen für

1. die Schwangerschaftsüberwachung,
2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger,
3. von Hebammen geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. § 27 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind in Geburtsfällen zusätzlich die vor Aufnahme in ein Krankenhaus am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft beihilfefähig. § 32 Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt des Ehegatten, der Eltern oder der Kinder der Schwangeren.

§ 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind beihilfefähig, soweit deren Inhalt und Ausgestaltung den Grundsätzen nach § 27 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen.

(2) Aufwendungen für eine durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommene Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist.

(3) Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei

Rechtsvorschriften

Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig.

(4) Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen nach den §§ 12, 22, 26, 28, 29, 31 und 32 beihilfefähig. Daneben sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs beihilfefähig.

§ 44 Tod der oder des Beihilfeberechtigten

Ist eine Beihilfeberechtigte oder ein Beihilferechtiger während einer Dienstreise, einer Abordnung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer oder seiner Hauptwohnung nach § 12 Abs. 2 Satz 2 des Melderechtsrahmengesetzes verstorben, sind die Kosten der Überführung beihilfefähig. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig. Der Bemessungssatz für die Überführungskosten beträgt 100 Prozent.

§ 45 § 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe und Organspende

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. Erste Hilfe,
 2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe und
 3. Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige soweit die Kommunikationshilfen für den Erfolg beihilfefähiger Leistungen zur Kommunikation Beihilferechtiger oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger mit den Leistungserbringern im Einzelfall, insbesondere wegen der Komplexität der Kommunikation, erforderlich ist und im Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde.
- (2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Personen, die ein Organ spenden, wenn die Empfängerin oder der Empfänger des Organs beihilfeberechtigt ist oder zu den berücksichtigungsfähigen Angehörigen zählt; Kapitel 2 ist entsprechend anzuwenden. Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkünften, der von der Organspenderin oder dem Organspender nachgewiesen wird oder von Personen, die als Organspenderin oder Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.

Kapitel 5 Umfang der Beihilfe

§ 46 Bemessung der Beihilfe

- (1) Beihilfe wird als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt der Leistungserbringung. In Pflegefällen können, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist, auch Pauschalen gezahlt werden.
- (2) Soweit Absatz 3 nichts anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für
1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent,
 2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
 3. berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten 70 Prozent und
 4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.
- (3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren Beihilferechtigen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer oder einem Beihilferechtigten nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Beihilfeberechtigte, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag vor Beginn der Elternzeit zusteht. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilferechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.
- (4) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent.

46.3 Zu Absatz 3

- 46.3.1 *Bei mehreren Beihilferechtigten wird der Bemessungssatz bei der oder dem Beihilferechtigten erhöht, die oder der die familienbezogenen Besoldungsbestandteile für mehr als ein berücksichtigungsfähiges Kind tatsächlich erhält. Die Beihilferechtigten bestimmen bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes.*
- ³Eine gesonderte Erklärung der Beihilferechtigten ist nicht erforderlich.*

Rechtsvorschriften

- 46.3.2 *Diese Vorschrift ist nach § 58 Abs. 5 erstmals sechs Monate nach dem Inkrafttreten anzuwenden.*
- 46.3.3 *Bei mehreren Beihilfeberechtigten um unterschiedlichen Dienstherrn (z. B. Bund-Land; Bund-Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung nach dem Formblatt im Anhang 13 zu übersenden.*
- 46.4 *Zu Absatz 4*
- 46.4.1 *¹Nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe haben, die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zustehenden Leistungen zur Hälfte. ²Aus diesem Grund wird auch der Bemessungssatz für Pflegeaufwendungen auf 50 Prozent festgelegt. ³Dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.*

§ 47 Abweichender Bemessungssatz

- (1) Die oberste Dienstbehörde oder eine von ihr bestimmte Behörde kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes den Bemessungssatz für Aufwendungen anlässlich einer Dienstbeschädigung angemessen erhöhen, soweit nicht bereits Ansprüche nach dem Beamtenversorgungsgesetz bestehen.
- (2) Den Bemessungssatz von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit geringen Gesamteinkünften kann die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern für höchstens zwei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent der Gesamteinkünfte übersteigt. Die geringen Einkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Ehegattin oder den berücksichtigungsfähigen Ehegatten ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 46 ergeben würden.
- (3) Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz in weiteren besonderen Ausnahmefällen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes zwingend geboten ist. Hierbei ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung ausgeschlossen.
- (4) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.
- (5) Der Bemessungssatz erhöht sich für Beihilfberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in den Fällen nach § 31 Abs. 5 und § 41 Abs. 5 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen für die Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungs-, Untersuchungs- oder Entbindungsort, soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Abs. 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.
- (6) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Ansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Sachleistungen und Erstattungen der Krankenkasse ergeben. Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder Ähnliches von mindestens 21 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird oder die gesetzliche Krankenkasse keine Sachleistung oder Erstattung erbracht hat.
- (7) In Fällen des § 39 Abs. 3 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten auf 100 Prozent.
- (8) Für beihilfefähige Aufwendungen der Beihilfberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren Beiträge für eine private Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen mit mindestens 41 Euro monatlich bezuschusst werden, ermäßigt sich der Bemessungssatz für die Zuschussempfängerin oder den Zuschussempfänger um 20 Prozentpunkte. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.
- (9) Für Beihilfberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhöht sich der Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den §§ 38 und 39 auf 100 Prozent, wenn eine Pflegestufe vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthaltes keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.

47.2 *Zu Absatz 2*

- 47.2.1 *¹Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung muss 15 Prozent des Gesamteinkommens übersteigen. ²Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 Prozent der Aufwendungen ermöglicht. ³In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 14,50 Euro täglich einzubeziehen. Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge*

Rechtsvorschriften

einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI. ⁴Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. ⁵Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um maximal 10 Prozent. ⁶Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. ⁷Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 47 Abs. 2 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. ⁸Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Feststellungsstelle nachzuweisen. ⁹Nach spätestens zwei Jahren sind die Voraussetzungen auf die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes aufgrund eines erneuten Antrags neu zu prüfen.

47.2.2 Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt.

§ 48 Begrenzung der Beihilfe

Die Beihilfe darf zusammen mit Sachleistungen und Erstattungen, die aus demselben Anlass aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung sowie aufgrund von anderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt werden, die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Zahlungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, und das Sterbegeld nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Beamtenversorgungsgesetzes unberücksichtigt. Die Sachleistungen und Erstattungen sind durch Belege nachzuweisen. Dies gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz.

§ 49 Eigenbehalte

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 Euro und höchstens um 10 Euro, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten bei

1. Arznei- und Verbandmitteln im Sinne von § 22,
2. Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken,
3. Fahrten mit Ausnahme der Fälle nach § 35 Abs. 2,
4. Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag und
5. Sozialtherapie je Kalendertag.

Bei zu Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt der Eigenbehalt 10 Prozent der insgesamt beihilfefähigen Aufwendungen, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Euro je Kalendertag bei

1. vollstationären Krankenhausleistungen nach § 26 und Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Abs. 1 und 2 Satz 1, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und
2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 und 2.

(3) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei häuslicher Krankenpflege um 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um 10 Euro je Verordnung.

(4) Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von 10 Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigter, Beihilfeberechtigtem, berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder berücksichtigungsfähigem Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von

1. ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen,
2. zahnärztlichen Leistungen und
3. Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern.

(5) 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 einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,
4. Arznei- und Verbandmittel nach § 22, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet wurden,
5. Heil- und Hilfsmittel, soweit vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind, sowie
6. Harn- und Blutteststreifen.

(6) Auf Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die in einem beihilfeeergänzenden Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a in Verbindung mit § 314 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 257 Abs. 2 a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basisstarif nach § 12 Abs. 1 a des Ver-

sicherungsaufsichtsgesetzes oder beihilfeergänzend bei der Postbeamtenkrankenkasse versichert sind, werden die Eigenbehalte nach den Absätzen 1 bis 4 mit der Maßgabe angewandt, dass die von der privaten Krankenversicherung oder der Postbeamtenkrankenkasse abgezogenen Selbstbehalte als Eigenbehalte zu berücksichtigen sind.

(7) Der Bundesminister des Innern kann durch Verwaltungsvorschriften für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die sich besonders gesundheitsbewusst verhalten, indem sie regelmäßig an Vorsorgeprogrammen oder Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten teilnehmen, geringere Eigenbehalte festlegen.

§ 50 Belastungsgrenzen

(1) Auf Antrag sind Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen oder der Beihilfe für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen, soweit sie die Belastungsgrenze nach Satz 4 überschreiten. Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs folgt. Dabei sind die Beträge nach § 49 Abs. 1 bis 3 nur entsprechend der Höhe des tatsächlichen Abzuges zu berücksichtigen. Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen

1. Zwei Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Abs. 3 Satz 3 bis 7 sowie
2. für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. Nr. 18, S. 1343), zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz. Nr. 124, S. 3017), ein Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Abs. 3 Satz 3 bis 7.

(2) Maßgeblich ist das Datum des Entstehens der Aufwendungen. Die Einnahmen der Ehegattin oder des Ehegatten werden nicht berücksichtigt, wenn sie oder er Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Die Einnahmen vermindern sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 Prozent und für jedes berücksichtigungsfähige Kind im Sinne des § 4 Abs. 2 um den Betrag, der sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergibt. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegspferfürsorge getragen, ist für die Berechnung der Belastungsgrenze der nach Maßgabe der Regelsatzverordnung zu ermittelnde Regelsatz anzuwenden.

50.1 Zu Absatz 1

50.1.1 *¹Eine Befreiung von Eigenbehalten wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. ²Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Aufwendungen entstanden sind. Die Befreiung der Eigenbehalten umfasst sowohl die Eigenbehalte der oder des Beihilfeberechtigten als auch ihrer oder seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen.*

50.1.2 *¹Der Begriff einer chronischen Erkrankung bestimmt sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V. ²Wer künftig chronisch erkrankt (dies gilt für weibliche Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die nach dem 1. April 1987 geboren wurden und für männliche Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die nach dem 1. April 1962 geboren wurden) muss außerdem durch geeignete Unterlagen (z. B. Rechnungskopien oder ärztliche Bescheinigungen) nachweisen, dass sie oder er sich vor der Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen hat beraten lassen, die zunächst auf die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs beschränkt sind. ³Der erforderliche Nachweis bezieht sich nur auf die Durchführung der Beratung. ⁴Vorsorgeuntersuchungen selbst müssen daraufhin nicht in Anspruch genommen worden sein. ⁵Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähige „chronische Krankheit“ vor. ⁶Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. ⁷Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit schweren psychischen Erkrankungen oder schweren geistigen Behinderungen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zugemutet werden kann sowie Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden. ⁸Die oder der Beihilfeberechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (z. B. ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. ⁹Auf die alljährliche Einreichung eines Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet werden, wenn es keine Anzeichen für einen Wegfall der chronischen Erkrankung gibt.*

50.1.3 *¹Die Beträge der Eigenbehalte nach § 49 Abs. 1 bis 3 sind nur entsprechend der Höhe des Beihilfemessungssatzes nach § 46 zu berücksichtigen, da die oder der Beihilfeberechtigte auch nur mit diesem Betrag belastet ist. Beispiel: Ein Arzneimittel kostet 50 Euro minus 5 Euro Eigenanteil = 45 Euro beihilfefähiger Betrag, bei einem Bemessungssatz von 50 Prozent werden 22,50 Euro Beihilfe ausbezahlt; ohne Eigenanteil würde die oder der Beihilfeberechtigte eine Beihilfe von 25 Euro erhalten; die Differenz von 2,50 Euro entspricht der effektiven Belastung der oder des Beihilfeberechtigten durch den Eigenanteil.*

Rechtsvorschriften

50.2 Zu Absatz 2

50.2.1 *Bei verheirateten Beihilferechtigen, die beide beihilfeberechtigt sind, erfolgt die Minderung des Einkommens um 15 Prozent jeweils für jede Beihilferechtigte und jeden Beihilferechtigten gesondert. Die Minderung für jedes Kind um den sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag erfolgt bei der oder dem Beihilferechtigten, die oder der das Kindergeld bezieht. ^*

Kapitel 6 Verfahren und Zuständigkeit

§ 51 Bewilligungsverfahren

(1) Über die Notwendigkeit und die wirtschaftliche Angemessenheit von Aufwendungen nach § 6 entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu auf eigene Kosten bei Sachverständigen Gutachten einholen. Ist für die Erstellung des Gutachtens die Mitwirkung der oder des Betroffenen nicht erforderlich, sind die nötigen Gesundheitsdaten vor der Übermittlung so zu anonymisieren, dass die Gutachterin oder der Gutachter einen Personenbezug nicht herstellen kann. Ist für die Begutachtung die Mitwirkung der oder des Betroffenen erforderlich, sind § 60 Abs. 1 Satz 1, § 62 und die §§ 65 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.

(2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall die Gutachten zugrunde zu legen, die für die private oder soziale Pflegeversicherung zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt wurden. Für Beihilferechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Pflegeversicherung angehören, und bei Bedarf auch für Beihilferechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige hat die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen zu lassen.

(3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der oder des Beihilferechtigten bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle mit dem Antrag oder gesondert 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. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen. Absatz 5 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(4) Die Belege über Aufwendungen im Ausland müssen grundsätzlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen. Kann die oder der Beihilferechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringen, hat die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen festzustellen. Auf Anforderung muss mindestens für eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der erbrachten Leistungen eine Übersetzung vorgelegt werden.

(5) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Soweit die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Schriftstücken herstellt, werden die dem Beihilfeantrag beigelegten Belege, soweit es sich nicht um Originalbelege handelt, deren Rückgabe die Antragstellerin oder der Antragsteller bei der Belegvorlage gefordert hat, nicht zurückgesandt. In den übrigen Fällen kann die Festsetzungsstelle von einer Rücksendung der Belege absehen. In allen Fällen sind die Belege spätestens sechs Monate nach Unanfechtbarkeit des Beihilfebescheides zu vernichten. Die Beihilferechtigten können in begründeten Fällen die Rücksendung der Belege verlangen. Soweit Festsetzungsstellen elektronische Dokumente von den eingereichten Belegen hergestellt haben, werden nur reproduzierte Belege zurückgegeben. Liegen tatsächliche Anhaltspunkte dafür vor, dass ein vorgelegter Beleg unecht ist oder dass ein vorgelegter echter Beleg verfälscht ist, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der oder des Beihilferechtigten bei der angegebenen Rechnungsstellerin oder dem angegebenen Rechnungssteller eine Auskunft über die Echtheit des Beleges einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen.

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

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

(8) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag der oder des Beihilferechtigten Abschlagszahlungen leisten. Sie kann die Beihilfe in Ausnahmefällen im Einverständnis mit der oder dem Beihilferechtigten an Dritte auszahlen.

§ 52 Zuordnung von Aufwendungen

Beihilfefähige Aufwendungen werden zugeordnet:

1. für eine Familien- und Haushaltshilfe der jüngsten verbleibenden Person,
2. für eine Begleitperson der oder dem Begleiteten,
3. für eine familienorientierte Rehabilitation dem erkrankten Kind und
4. in Geburtsfällen einschließlich der Aufwendungen des Krankenhauses für das gesunde Neugeborene der Mutter.

Rechtsvorschriften

§ 53 Elektronische Gesundheitskarte

Beihilfe zu Aufwendungen für Arzneimittel wird Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die eine elektronische Gesundheitskarte nach § 291 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten haben, nur gewährt, wenn die elektronische Gesundheitskarte beim Kauf der Arzneimittel eingesetzt wurde.

§ 54 Antragsfrist

(1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsopferfürsorge die Aufwendungen bezahlt hat.

(2) Die Frist ist auch gewährt, wenn der Antrag von Beihilfeberechtigten nach § 3 innerhalb der Frist nach Absatz 1 bei der zuständigen Beschäftigungsstelle im Ausland eingereicht wird.

§ 55 Geheimhaltungspflicht

(1) Die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten. Sie dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie bekannt gegeben worden sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Befugnis zur Verwendung der Daten für einen anderen Zweck oder die oder der Betroffene hat schriftlich in die Zweckänderung eingewilligt.

(2) Personenbezogene Daten aus der Beihilfeakte dürfen ohne Einwilligung der oder des Betroffenen an die Bezügestelle übermittelt werden, soweit die Kenntnis der Daten für die Festsetzung und Berechnung der Besoldung oder Versorgung oder für die Prüfung der Kindergeldberechtigung erforderlich ist.

§ 56 Festsetzungsstellen

(1) Festsetzungsstellen sind

1. die obersten Dienstbehörden für die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiterinnen und Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden für die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs und
3. die Versorgungsstellen für die Anträge der Versorgungsempfängerinnen und der Versorgungsempfänger.

(2) Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Die Beihilfebearbeitung darf nur auf Behörden des jeweiligen Dienstherrn übertragen werden. Die Übertragung ist im Gemeinsamen Ministerialblatt zu veröffentlichen.

§ 57 Verwaltungsvorschriften

Das Bundesministerium des Innern erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.

Kapitel 7 Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 58 Übergangsvorschriften

(1) Auf Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, ist die Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI S. 919), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379), weiter anzuwenden.

(2) Auf Ehegattinnen und Ehegatten, die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung als berücksichtigungsfähige Angehörige unter der Einkommensgrenze nach § 5 Abs. 4 der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Beihilfevorschriften des Bundes lagen, aber die Einkommensgrenze nach § 4 Abs. 1 überschreiten, ist die bisherige Einkommensgrenze bis zur erstmaligen Überschreitung weiter anzuwenden.

(3) Kinder der oder des Beihilfeberechtigten, die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hochschule oder Fachhochschule eingeschrieben sind, gelten abweichend von § 4 Abs. 2 längstens bis zur Vervollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich der geleisteten Zeiten des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes als berücksichtigungsfähige Angehörige. Die Übergangsregelung hat keine Auswirkung auf den Bemessungssatz der oder des Beihilfeberechtigten.

(4) Auf Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, deren Bemessungssatz nach § 14 Abs. 6 Nr. 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI 2001, S. 919), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI 2004 S. 379), unbefristet erhöht wurde, ist dieser erhöhte Bemessungssatz für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung weiter anzuwenden. Anschließend prüft die Festsetzungsstelle, ob die Voraussetzungen des erhöhten Bemessungssatzes nach § 47 Abs. 2 vorliegen. Die Prüfung ist alle zwei Jahre zu wiederholen. Liegen die Voraussetzungen nicht vor, ist der Bescheid über die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 49 Abs. 2 und 3 des

Rechtsvorschriften

Verwaltungsverfahrensgesetzes zu widerrufen. Die Sätze 1 bis 3 gelten für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger entsprechend.

(5) § 46 Abs. 3 Satz 2 ist erstmals ab 1. Januar 2010 anzuwenden. Bis dahin ist § 14 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI 2001, S. 919), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI 2004, S. 379) weiter anzuwenden.

(6) In § 4 Abs. 2 Nr. 1 und 2, § 5 Abs. 4 und § 46 Abs. 3 Satz 2 ist unter der Bezeichnung „Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes“ ab dem 1. Juli 2010 die Bezeichnung „Auslandszuschlag nach § 53 Abs. 4 Nr. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes“ zu verstehen.

§ 59 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Allgemeine Verwaltungsvorschriften zu der Bundesbeihilfeverordnung

Nach § 57 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 13. Februar 2009 erlässt das Bundesministerium des Innern folgende Verwaltungsvorschrift zur Durchführung der Bundesbeihilfeverordnung. Die „Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Rechtsverordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)*“ hat insgesamt neun Anhänge, von denen wir in diesem Ratgeber aber nur den Anhang 1 dokumentieren. Die Anhänge 2 bis 8 finden Sie im Internet unter www.die-beihilfe.de

Anhang 1 (VwV zu § 18 Abs. 2 BBhV)

Verzeichnis der vom Bundesministerium des Innern bestellten Gutachterinnen und Gutachter und Obergutachterinnen und Obergutachter für Psychotherapie siehe Seiten 251 f.

Anhang 2 (VwV zu § 18 Abs. 2 BBhV)

Formblätter zum Verfahren bei ambulanter Psychotherapie

Anhang 3 (VwV zu § 22 Abs. 2 Nr.1 BBhV)

Ausschluss von Life style Arzneimitteln nach § 22 Abs. 2 Nr. 1 BBhV

Anhang 4 (VwV zu § 22 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. d BBhV)

Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind:

Anhang 5 (VwV zu § 22 Abs. 4 BBhV)

Folgende Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen sind unter Beachtung der dazu gegebenen Hinweise nicht beihilfefähig:

Anhang 6 (VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

1. Kurortverzeichnis Inland
2. Register der Kurorte (Ortsteile), die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an anderer Stelle aufgeführt sind

Anhang 7 (VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

Kurortverzeichnis EU-Ausland
Kurortverzeichnis Ausland

Anhang 8 (VwV zu § 41 Abs. 3 BBhV)

Vom BMI ausnahmsweise zugelassene Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen

Anhang 9 (zu Nr. 35.1.6.1)

Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Oktober 2003 i.d.F. vom 01. Januar 2007

Anlage 1 (zu § 6 Abs. 2 BBhV)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

1. Völliger Ausschluss

A

- Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z. B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- Autohomologe Immuntherapien (z. B. ACTI-Cell-Therapie)
- Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
- Ayurvedische Behandlungen, z. B. nach Maharishi

B

- Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
- Biophotonen-Therapie
- Bioresonatorentests
- Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- Bogomoletz-Serum
- Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Prof. Barraquer
- Bruchheilung ohne Operation
- Chelat-Therapie
- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- Cytotoxologische Lebensmitteltests

E

- Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- Elektro-Neural-Diagnostik

F

- Frischzellentherapie

G

- Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heimmagnetischer Grundlage (z. B. Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik (BFD), Mora-Therapie)
- Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität

H

- Heileurhythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

I

- Immuno-augmentative Therapie (IAT)
- Immunseren (Serocytol-Präparate)
- Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (z. B. Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne)

K

- Kariesdetektor-Behandlung
- Kinesiologische Behandlung
- Kirlian-Fotografie
- Kombinierte Serumtherapie (z. B. Wiedemann-Kur)
- Konduktive Förderung nach Petö, sofern nicht als heilpädagogische Behandlung bereits von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen

Rechtsvorschriften

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

- Modifizierte Eigenblutbehandlung (z. B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

- Psycotron-Therapie
- Pulsierende Signaltherapie (PST)
- Pyramidenenergiebestrahlung

R

- Radiale Stoßwellentherapie
- Regeneresen-Therapie
- Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- Rolfing-Behandlung

S

- Schwingfeld-Therapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

- Zellmilieu-Therapie



2. Teilweiser Ausschluss

– Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle und in Zweifelsfällen eine Bestätigung durch eine Gutachterin oder einen Gutachter einzuholen.

– Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich.

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche) oder des Fasziiitis plantaris (Fersensporn). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

– Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

– Klimakammerbehandlungen

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens einer von ihr bestimmten Ärztin oder eines von ihr bestimmten Arztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

– Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z. B. mit Aludrin.

– Magnetfeldtherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophischen Pseudarthrosen sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.

– Ozontherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens einer Ärztin oder eines Arztes, die oder den sie bestimmt, die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

– Prostata-Hyperthermie-Behandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.

– Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z. B. Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 der Anlage 4 zu § 23 Abs. 1 zugeordnet.

– Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

Anlage 2 (zu §§ 18 bis 21 der BBfV)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1. Psychotherapeutische Leistungen
- 1.1 Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren sind:
 1. Familientherapie,
 2. Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,
 3. Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers),
 4. Gestalttherapie,
 5. Körperbezogene Therapie,
 6. Konzentrierte Bewegungstherapie,
 7. Logotherapie,
 8. Musiktherapie,
 9. Heileurythmie,
 10. Psychodrama,
 11. Respiratorisches Biofeedback,
 12. Transaktionsanalyse.
- 1.2 Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z. B. zur Berufsforderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.
2. Psychosomatische Grundversorgung
- 2.1 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für
 - Allgemeinmedizin,
 - Augenheilkunde,
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - Innere Medizin,
 - Kinderheilkunde,
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Neurologie,
 - Phoniatrie und Pädaudiologie,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - psychotherapeutische Medizin oder
 - Urologie durchgeführt wird.
- 2.2 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobson'sche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von
 - einer Ärztin oder einem Arzt,
 - einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
 - einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Verfahren verfügt.
3. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- 3.1 Wird die Behandlung durch eine ärztliche Psychotherapeutin oder einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche sein:
 - Psychotherapeutische Medizin,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
 - Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“. Eine Fachärztin oder ein Facharzt für
 - Psychotherapeutische Medizin,
 - Psychiatrie und Psychotherapie oder
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie
 - eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

Rechtsvorschriften

- 3.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).
- 3.3 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
 - zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).
- 3.4 Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).
- 3.5 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
 - zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen,
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.
- 3.6 Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).
- 3.7 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- 3.8 Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt und die Behandlung durch die Festsetzungsstelle im Vorfeld anerkannt wird. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 20 Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen.
4. Verhaltenstherapie
- 4.1 Wird die Behandlung durch eine ärztliche Psychotherapeutin oder einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
 - Psychotherapeutische Medizin,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,

Rechtsvorschriften

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
 - Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
- 4.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
 - 4.3 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin, einen Psychologischen Psychotherapeuten, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
 - zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen,
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
 - 4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 oder 4.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 oder 4.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
 - 4.5 Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl von Sitzungen nicht erreicht wird, kann eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 20 weiteren Sitzungen anerkannt werden. In medizinisch besonders begründeten Fällen können nochmals weitere 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 20 Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere verhaltenstherapeutische Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.



Anlage 3 (zu § 23 Abs. 1 und § 24 Abs. 1 der BBhV)

Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel

Das Heilmittel muss von einer der folgenden Personen erbracht werden und die erbrachten Leistungen müssen der staatlichen Berufsausbildung oder dem Berufsbild entsprechen:

- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
 - Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
 - Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
 - Krankengymnastin oder Krankengymnast,
 - Logopädin oder Logopäde,
 - klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
 - Masseurin oder Masseur,
 - medizinische Bademeisterin oder medizinischer Bademeister,
 - Podologin oder Podologe.
- 1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
 - 2) Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
 - 3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
 - 4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
 - 5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
 - 6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
 - 7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden anerkannt werden.
 - 8) Das notwendige Bindematerial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird.
 - 9) Die Leistungen der Nummern 34, 42 und 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
 - 10) Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassen sind.
 - 11) Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.
 - 12) Die Leistungen der Nummern 4 bis 6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
 - 13) Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.
2. Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses
 - sind bei Vorliegen folgender Voraussetzungen beihilfefähig:
 - 2.1 Erweiterte ambulante Physiotherapie Leistungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie werden nur aufgrund einer Verordnung von Krankenhausärztinnen/Krankenhausärzten, von Ärztinnen/Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einer Allgemeinärztin/Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen anerkannt:
 - 2.1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
 - nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
 - instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik
 - lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb
 - 2.1.2 Operation am Skelettsystem
 - posttraumatische Osteosynthesen
 - Osteotomien der großen Röhrenknochen
 - 2.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit

Rechtsvorschriften

- Schulterprothesen
 - Knieendoprothesen
 - Hüftendoprothesen
- 2.1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)
- Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband)
 - Schultergelenkläsionen, insbesondere nach: operativ versorgter Bankard-Läsion, Rotatorenmanschettenruptur, schwere Schultersteife (frozen shoulder), Impingement-Syndrom, Schultergelenkluxation, tendinosis calcarea, periarthritis humero-scapularis (PHS)
 - Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss
- 2.1.5 Amputationen
- 2.2 Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
- 2.3 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
- Krankengymnastische Einzeltherapie
 - physikalische Therapie nach Bedarf
 - medizinisches Aufbautraining und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:
 - Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage
 - Isokinetik
 - Unterwassermassage
- 2.4 Die durchgeführten Leistungen sind durch die Patientin oder den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.
- 2.5 Die in Nummer 2.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.
3. Medizinisches Aufbautraining (MAT) Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn
- das medizinische Aufbautraining von Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzten, von Ärztinnen oder Ärzten der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, von einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
 - Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
 - jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird. Die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.
- Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt. Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich bei von einer Ärztin oder einem Arzt erbrachten Leistungen nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3fachen der Einzelsätze der GOÄ beihilfefähig:
- Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
 - Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, zuzüglich zusätzlichem Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (je Sitzung) und begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 15 der Anlage 4 zu § 23 Abs. 1. Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.
4. Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologinnen und Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Anlage 5 (zu § 25 Abs. 1 und 4 der BBhV)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke einschließlich Zubehör

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind – gegebenenfalls im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind:
 - Abduktionslagerungskeil
 - Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung)
 - Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
 - Alarmgerät für Epileptikerinnen oder Epileptiker
 - Anatomische Brillenfassung
 - Anus-*praeter*-Versorgungsartikel
 - Anzieh-/Ausziehhilfen
 - Aquamat
 - Armmanschette
 - Armtragegurt/-tuch
 - Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl
 - Atemtherapiegeräte
 - Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprüfung)
 - Auffahrrampen für Krankenfahrstuhl
 - Aufrichteschlaufe
 - Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig)
 - Aufstehgestelle Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung)
 - Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen
 - Augenschielklappe, auch als Folie
 - Badestrumpf
 - Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits)
 - Badewannenverkürzer
 - Ballspritze
 - Behinderten-Dreirad
 - Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
 - Bettnässer-Weckgerät
 - Beugebandage
 - Billroth-Batist-Lätzchen
 - Blasenfistelbandage
 - Blindeführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
 - Blindeleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
 - Blindestock/-langstock/-taststock
 - Blutgerinnungsmessgerät (nur bei erforderlicher Dauerantikoagulation, künstlichem Herzklappenersatz)
 - Blutlanzette
 - Blutzuckermessgerät
 - Bracelet
 - Bruchband
 - Clavicula-Bandage
 - Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)
 - Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhard- und -software bis zu 3 500 Euro, ggf. zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5 400 Euro
 - Dekubitus-Schutzmittel (z. B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)
 - Delta-Gehrad
 - Drehscheibe, Umsetzhilfen
 - Duschsitz/-stuhl Einlagen, orthopädische
 - Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
 - Ekzem-Manschette
 - Elektro-Stimulationsgerät

Rechtsvorschriften

Epicondylitisbandage/-sperre mit Pelotten
Epitrain-Bandage
Ernährungssonde
Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
Fingerling
Fingerschiene
Fixationshilfen
(Mini)Fonator
Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)
Gehgipsgalosche
Gehhilfen und -übungsgeräte
Gehörschutz
Genutrain-Aktiv-Kniebandage
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
Gilchrist-Bandage
Gipsbett, Liegeschale
Glasstäbchen
Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz
Gummistrümpfe
Halskrawatte,
Hals-, Kopf-, Kinnstütze
Handgelenkriemen
Hebekissen
Heimdialysegerät
Helfende Hand, Scherenzange
Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
Hörgeräte (HdO, Taschengerate, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte, schall-aufnehmendes Gerät bei teilimplantiertem Knochenleitungs-Hörsystem); einschließlich der Nebenkosten bis zu 1 025 Euro je Ohr ggf. zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung
Impuls vibrator
Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör
Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
Innenschuh, orthopädischer
Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulin dosiergerät, -pumpe, -injektor)
Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen
Ipos-Vorfußentlastungsschuh
Kanülen und Zubehör
Katapultsitz
Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
Kieferspreizergerät
Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
Klumpfußschiene
Klumphandschiene
Klyso
Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage Kniepolster/Knieunterlagen bei Unterschenkelamputation
Knöchel- und Gelenkstützen
Körperersatzstücke einschließlich Zubehör (bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 Euro zu berücksichtigen und bei Badeanzügen, Bodys oder Korsett für Brustprothesenträgerinnen von 40 Euro)
Kompressionsstrümpfe/-strumpflose
Kordinator nach Schielbehandlung Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
Kopfschützer
Korrektursicherungsschuh
Krabbler für Spastikerinnen und Spastiker
Krampfaderbinde

Rechtsvorschriften

Krankenfahrstuhl mit Zubehör
Krankenpflegebett
Krankenstock
Kreuzstützbandage
Krücke
Latextrichter bei Querschnittlähmung
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
Lesehilfen (Leseänder, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
Lispelsonde
Lumbalbandage
Malleotrain-Bandage
Mangoldsche Schnürbandage
Manutrain-Bandage
Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen
Milchpumpe
Mundsperrer
Mundstab/-greifstab
Narbenschützer
Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Haltemanschetten usw.
Orthesenschuhe
Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (max. 6 Paar Schuhe pro Jahr)
Pavlikbandage
Peak-Flow-Meter
Penisklemme
Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel
Polarimeter
Psoriaskamm
Quengelschiene
Reflektometer
Rektophor
Rollator
Rollbrett
Rutschbrett
Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen
Schede-Rad
Schrägliegebrett
Schutzbrille für Blinde
Schutzhelm für Behinderte
Schwellstromapparat
Segofix-Bandagensystem
Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
Skolioseumkrümmungsbandage
Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
Sphinkter-Stimulator
Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
Spreizfußbandage
Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
Spritzen
Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden oder Lähmungszuständen (Einzelschuhversorgung)
Stehübungsgerät
Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
Strickleiter
Stubbies
Stumpfschutzhülle
Stumpfstrumpf



Rechtsvorschriften

Suspensorium
Symphysen-Gürtel (Talocrur)
Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
Therapeutische Bewegungsgeräte (nur mit Spasmenschaltung)
Tinnitus-Gerät
Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
Tragegurtsitz
Übungsschiene
Urinale
Urostomie-Beutel
Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung)
Vibrationstrainer bei Taubheit
Wasserfeste Gehhilfe
Wechseldruckgerät
Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.
3. Aufwendungen für Blinden Hilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
 - a) Anschaffungen zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,
 - b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
 - aa) Unterrichtsstunde à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden 56,43 Euro,
 - bb) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten Takt anteilig berechnet wird 44,87 Euro,
 - cc) Fahrtkostenerstattung für Fahrten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels 0,30 Euro,
 - dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainerin oder des Trainers nicht zumutbar ist 26,00 Euro. Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezial-einrichtung (stationär) durchgeführt werden. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen der Trainerin oder des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden,
 - c) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstabe b,
 - d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich. Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen.
Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch die Mobilitätstrainerin oder den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls diese oder dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.
4. Sehhilfen
- 4.1 Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig
 - bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
 - nach Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn aufgrund der Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, beide Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillenversorgung oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge $\leq 0,3$ beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld ≤ 10 Grad bei zentraler

Rechtsvorschriften

Fixation ist. Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung einer Augenärztin oder eines Augenarztes. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin oder eines Augenoptikers. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro beihilfefähig.

- 4.1.1 Aufwendungen für Brillen sind – einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
 - a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis ± 6 Dioptrien (dpt): Einstärkengläser: für das sph. Glas 31,00 Euro für das cyl. Glas 41,00 Euro Mehrstärkengläser: für das sph. Glas 72,00 Euro für das cyl. Glas 92,50 Euro
 - b) bei Gläserstärken über ± 6 Dioptrien (dpt): zuzüglich je Glas 21,00 Euro
 - c) Dreistufen- oder Multifokalgläser: zuzüglich je Glas 21,00 Euro
 - d) Gläser mit prismatischer Wirkung: zuzüglich je Glas 21,00 Euro.
- 4.1.2 Brillen mit besonderen Gläsern Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nummer 4.1.1 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:
 - 4.1.2.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 21 Euro
 - a) bei Gläserstärken ab ± 6 dpt,
 - b) bei Anisometropien ab 2 dpt,
 - c) unabhängig von der Gläserstärke
 - aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
 - bb) bei Patientinnen und Patienten mit chronischem Druckkeuzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
 - cc) Brillen, die im Rahmen der Schulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind.
 - 4.1.2.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas bis zu 11 Euro bei
 - a) umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Linsenrübungen, Glaskörpertrübungen),
 - b) krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen,
 - c) Fortfall der Pupillenverengung (z. B. absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),
 - d) chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht beherrschbar sind (z. B. Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),
 - e) entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
 - f) Ciliarneuralgie,
 - g) Blendung bedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
 - h) totaler Farbenblindheit,
 - i) unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
 - j) intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
 - k) Gläsern ab $+ 10$ dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille.
- 4.1.3 Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe sind bei nachstehend aufgeführten Indikationen für Kurzzeittlinsen bis zu 154 Euro (sphärisch) bzw. bis zu 230 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig:
 - a) Myopie ab 8 dpt,
 - b) Hyperopie ab 8 dpt,
 - c) irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 % verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
 - d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
 - e) Astigmatismus obliquus (Achslage $45^\circ \pm 30^\circ$ bzw. $135^\circ \pm 30^\circ$) ab 2 dpt,
 - f) Keratokonus,
 - g) Aphakie,
 - h) Aniseikonie (bei gleicher oder wenig differenter Refraktion beider Augen muss eine Aniseikoniemessung nach einer anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode erfolgen und dokumentiert werden),
 - i) Anisometropie ab 2 dpt. Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, sind bei Vorliegen der Indikationen neben den Kontaktlinsen Aufwendungen für eine Brille im Rahmen der Nummern 4.1.1 und 4.1.2 zusätzlich beihilfefähig. Liegt keine der Indikationen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.
- 4.2 Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können Aufwendungen für eine vergrößerte Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohr Lupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u. Ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.
- 4.3 Therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankungen sind in folgenden

Rechtsvorschriften

Fällen bei bestehender medizinischer Notwendigkeit beihilfefähig:

- 4.3.1 Lichtschutz mit einer 75%igen Transmission oder weniger bei a) den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse), b) Albinismus.
- 4.3.2 UV-Kantenfilter (400 nm) bei a) Aphakie (Linsentlosigkeit), b) Photochemotherapie (zur Absorption des langwelligeren UV-Lichts), c) als UV-Schutz nach Staroperation, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde, d) Iriskolobomen, e) Albinismus. Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.
- 4.3.3 Kantenfilter (540 bis 660 nm) bei
 - a) dystrophischen Netzhauterkrankungen, z. B. Zapfenanomalien der Netzhaut bedingte Sehstörung (Achromatopsie), Retinopathia pigmentosa,
 - b) Iriskolobomen,
 - c) Albinismus.Kantenfilter sind nicht beihilfefähig bei altersbedingter Makuladegeneration, diabetischer Retinopathie und Fundus myopicus. Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.
- 4.3.4 Horizontale Prismen in Gläsern ab 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ab 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen), bei krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen, mit dem Ziel Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern, sowie bei Augenmuskelparesen Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern. Bei vertikalen Prismen gelten die Voraussetzungen des Satzes 1 mit Ausnahme, dass der Grenzwert jeweils 1 Prismendioptrie beträgt. Die Verordnung setzt in jedem Fall eine umfassende augenärztliche orthoptisch-pleoptische Diagnostik voraus. Isolierte Ergebnisse einer subjektiven Heterophorie-Testmethode begründen keine Verordnungsfähigkeit von Folien und Gläsern mit prismatischer Wirkung. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sind nicht verordnungsfähig. Höhenausgleichsprismen bei Bifokalgäsern mit Fernkorrektur > 2 dpt Unterschied sind nicht verordnungsfähig. Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, z. B. prä- oder postoperativ, ist der Einsatz von Prismenfolien angezeigt.
- 4.3.5 Organisches Glas mit sphärischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Organisches Glas mit sphäro-torischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- 4.3.6 Okklusionskapseln, Okklusionsfolien und Okklusionspflaster bei Amblyopie, d. h. einer funktionellen Schwachsichtigkeit mit Herabsetzung der zentralen Sehschärfe ohne erkennbaren pathologischen Befund.
- 4.3.7 Uhrglasverbände bei unvollständigem Lidschluss, z. B. infolge einer Gesichtslähmung, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden.
- 4.3.8 Irislinsen bei den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris – Regenbogenhaut – (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse).
- 4.3.9 Okklusionsschalen/Okklusionslinsen zur Amblyopie, sofern eine andere Behandlungsform nicht möglich ist.
- 4.3.10 Verbandlinsen/Verbandschalen bei/nach
 - a) Erosionen, Epitheldefekten, Ulzeration der Hornhaut (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),
 - b) Abrasio nach Operation (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),
 - c) Verletzung,
 - d) Verätzung,
 - e) Verbrennung,
 - f) Hornhautperforation oder lamellierende Hornhautverletzung,
 - g) Keratoplastik,
 - h) Hornhautentzündungen und -ulzerationen, z. B. Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis, Keratitis herpetica,
 - i) kontinuierlicher Medikamentenzufuhr als Medikamententräger.
- 4.3.11 Kontaktlinsen
 - bei ausgeprägtem, fortgeschrittenen Keratokonus mit keratokonusbedingten pathologischen Hornhautveränderungen (z. B. Vogt-Linien) und Hornhautradius < 7,0 mm zentral oder im Apex oder
 - nach Hornhauttransplantation/Keratoplastik.
- 4.3.12 Kunststoffgläser bei Patientinnen und Patienten, die an Epilepsie oder an Spastiken erkrankt sind
 - sofern sie erheblich sturzgefährdet sind
 - oder Einäugige (Einäugige: bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges von < 0,2).
- 4.4 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind die Aufwendungen für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 4.1.1 und 4.1.2 und für eine Brillenfassung bis zu 52 Euro beihilfefähig.
- 4.5 Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind nur beihilfefähig, wenn bei gleich bleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre –

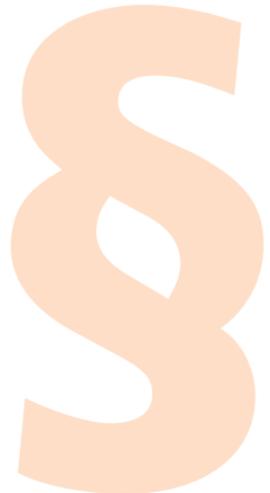
Rechtsvorschriften

vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil

- a) sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
- b) die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- c) sich die Kopfform geändert hat.

4.6 Aufwendungen für

- a) Sehhilfen, die nur für eine berufliche Tätigkeit erforderlich werden,
 - b) Bildschirmbrillen,
 - c) Brillenversicherungen,
 - d) Zweitbrillen, Reservebrillen,
 - e) Etui
- sind nicht beihilfefähig.



Rechtsvorschriften

Anlage 6 (zu § 25 Abs. 1, 2 und 4 der BBhV)

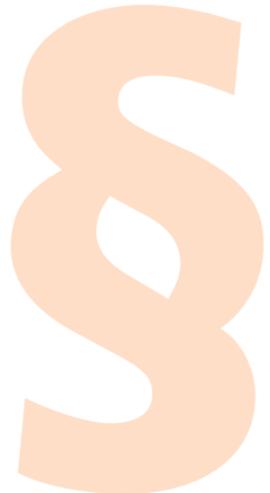
Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 6 Abs. 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 25 Abs. 2) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk
Adju-Set/-Sano
Angorawäsche
Anti-Allergene-Matratzen und Bettbezüge
Aqua-Therapie-Hose
Arbeitsplatte zum Krankenfahrstuhl
Augenheizkissen
Autofahrerrückenstütze
Autokindersitz
Autokofferraumlifter
Autolifter
Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte
Bandagen (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Basalthermometer
Bauchgurt
Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung
Bett (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
Bett-Tisch
Bidet
Bildschirmbrille
Bill-Wanne
Blinden-Uhr
Blutdruckmessgerät
Brückentisch
Dusche
Einkaufsnetz
Einmal-Handschuhe mit Ausnahme bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter, bei Querschnittgelähmten zur Darmentleerung
Eisbeutel und -kompressen
Elektrische Schreibmaschine
Elektrische Zahnbürste
Elektrofahrzeuge
Elektro-Luftfilter
Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)
Erektionshilfen
Ergometer
Ess- und Trinkhilfen
Expander
Farberkennungsgerät
Fieberthermometer
Fußgymnastik-Rolle,
Fußwippe (WIP-Venentrainer) (Mini)Garage für Krankenfahrzeuge
Handschuhe (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)

Handtrainer
Hängeliege
Hantel (Federhantel)
Hausnotrufsystem
Hautschutzmittel
Heimtrainer
Heizdecke/-kissen
Hilfsgeräte für die Hausarbeit
Hohensonne
Hörkissen
Hörkragen Akusta-Coletta
Intraschallgerät „NOVAFON“
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)
Ionopront, PermoX-Sauerstoffzeuger
Katzenfell
Klingelleuchte (soweit nicht von Anlage 5 erfasst)
Knickfußstrumpf
Knoche Natur-Bruch-Slip
Kolorimeter
Kommunikationssystem
Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
Krankenunterlagen, es sei denn, sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Decubitusbehandlung oder bei Dermatitiden). Entsprechendes gilt, wenn neben der Blasen- oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (z. B. Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegen, dass ohne eines dieser Mittel der Eintritt von Decubitus oder Dermatitiden droht. Dies gilt auch, wenn dadurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wieder ermöglicht wird.
Kreislaufgerät „Schiele“
Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
Language-Master
Luftreinigungsgeräte
Magnetfolie
Monophonator
Munddusche
Nackenziehkissen
Nagelspange Link
Olddispersionsapparat
Pulsfrequenzmesser
Rotlichtlampe
Rückentrainer

Rechtsvorschriften

Salbenpinsel
Schlaftherapiegerät
Schuh (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Spezialsitze
Spirometer
Spranzbruchband
Sprossenwand
Sterilisator
Stimmübungssystem für Kehlkopflose
Stockroller
Stockständer
Stufenbett
SUNTRONIC-System (AS 43)
Taktellgerät
Tamponapplikator
Tandem für Behinderte
Telefonverstärker
Telefonhalter
Therapeutische Wärme-/Kältesegmente
Treppenlift, Monolift, Plattformlift
Tünkers Butler
Übungsmatte
Ultraschalltherapiegeräte
Umweltkontrollgerät
Urin-Prüfgerät
Uromat
Venenkissen
Waage
Wandstandgerät
WC-Sitz
Zahnpflegemittel
Zweirad für Behinderte.





Deutscher Beamtenwirtschaftsring e.V. (DBW)

„seit dem Jahre 1951 besteht der Deutsche Beamtenwirtschaftsring e.V. (DBW) als Zusammenschluss der beiden großen Spitzenorganisationen der zuständigen Gewerkschaften – dbb beamtenbund und tarifunion sowie Deutscher Gewerkschaftsbund – und wichtigen Selbsthilfeeinrichtungen des öffentlichen Dienstes sowie des privatisierten Dienstleistungssektors.“

www.selbsthilfeeinrichtungen.de

Verzeichnis der vom Bundesministerium des Innern bestellten Gutachterinnen und Gutachter und Obergutachterinnen und Obergutachter für Psychotherapie:

I. Gutachterinnen und Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

- Rosemarie Ahlert Schulstr. 29, 72631 Aichtal
- Dr. med. Dipl.-Psych. Menachem Amitai Bifänge 22, 79111 Freiburg
- Dr. med. Ludwig Barth Mühlbausr. 38b, 81677 München
- Dr. med. Ulrich Berns Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
- Dr. med. Dietrich Bodenstein Riemeisterstr. 29, 14169 Berlin
- Dr. med. Doris Bolk-Weischedel Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
- Dr. med. Gerd Burzig Max-Linde-Weg 6, 23562 Lübeck
- Dr. med. Ilan Diner Windscheidstr. 8, 10627 Berlin
- Prof. Dr. med. Michael Ermann Postfach 15 13 09, 80048 München
- Dr. med. Paul R. Franke Harnackstr. 4, 39104 Magdeburg
- Dr. med. Ulrich Gaitzsch Luisenstr. 3, 69469 Weinheim
- Dr. med. Dietrich Haupt Wörther Str. 44, 28211 Bremen
- Dr. F. Höhne Vor dem Schlosse 5, 99947 Bad Langensalza
- Dr. med. Ludwig Janus Zähringstr. 4, 65115 Heidelberg
- Dr. med. Horst Kallfass Leo-Baek-Str. 3, 14165 Berlin
- Dr. med. Ingrid Kamper Jasper Eckhorst 13, 25491 Hettingen
- Dr. med. Gabriele Katwan Franzensbader Str. 6b, 14193 Berlin
- Prof. Dr. med. Karl König Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen
- Dr. med. Albrecht Kuchenbuch Lindenallee 26, 14050 Berlin
- Prof. Dr. med. Peter Kutter Brenntenau 20 A, 70565 Stuttgart
- Prof. Dr. med. Klaus Lieberz Zentralinstitut für Seelische Gesundheit – Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin – Postfach 12 21 20, 68072 Mannheim
- Dr. med. Günter Maass Leibnizstr. 16 c, 65191 Wiesbaden
- Prof. Dr. med. Michael von Rad Städt. Klinikum München GmbH, Krankenhaus München-Harlaching, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
- Prof. Dr. med. Ulrich Rüger Mittelbergring 59, 37085 Göttingen
- Dr. med. Rainer Sandweg Postfach 12 58, 66443 Bexbach
- Dr. med. Günter Schmitt Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
- Dr. med. Jörg Schmutterer Damaschkestr. 65, 81825 München
- Dr. med. Gisela Thies Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe

II. Gutachterinnen und Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Ulrich Berns Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
- Dr. med. Hermann Fahrig Carl-Beck-Str. 58, 69151 Neckargemünd
- Dr. med. Dietrich Haupt Wörther Str. 44, 28211 Bremen
- Dr. med. Annette Streeck-Fischer Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

III. Gutachterinnen und Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

- Prof. Dr. Gerd Buchkremer Psychiatrische Universitätsklinik, Oslanderstr. 22, 72076 Tübingen
- Prof. Dr. med. Iver Hand Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg
- Dr. med. Dieter Kallinke Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg
- Dr. med. Johannes Kemper Bauerstr. 15, 80796 München
- Dipl.-Psych. Eva Koppenhöfer Baiertaler Str. 89, 69168 Wiesloch
- Dipl.-Psych. Dr. Helmut Kohler Obere Stadt 60, 82362 Weilheim
- Prof. Dr. med. Rolf Meermann Psychosomatische Fachklinik, Bomber-Gallee 11, 31812 Bad Pyrmont
- Dr. med. Jochen Sturm Altnegasse 21, 66117 Saarbrücken
- Dr. med. Klaus H. Stutte Jahnstraße 1, 49610 Quakenbrück

Rechtsvorschriften

- Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz
- Dr. Johannes Zuber

Nymphenburger Str. 185, 80634 München
Mercyrstr. 27, 79100 Freiburg

IV. Gutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Peter Altherr
- Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt
- Dr. med. Horst Trappe
- Dipl.-Psych. Dr. Phil. Gerhard Zarbock
- Dr. Johannes Zuber

Westbahnstr. 12, 76829 Landau
Postfach 12 34, 69192 Schriesheim
Breslauer Str. 29, 49324 Melle
Bachstr. 48, 22083 Hamburg
Mercyrstr. 27, 79100 Freiburg

V. Obergutachterinnen und Obergutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

- Dr. med. Ludwig Barth
- Dr. med. Doris Bolk-Weischedel
- Dr. med. Horst Kallfass
- Prof. Dr. med. Karl König
- Prof. Dr. med. Peter Kutter
- Prof. Dr. med. Ulrich Rüger
- Dr. med. Günter Schmitt
- Dr. med. Gisela Thies
- Dr. med. Roland Vandieken

Mühlbaurstr. 38b, 81677 München
Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin
Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen
Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart
Mittelbergring 59, 37085 Göttingen
Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe
Am Buchenhang 17, 53115 Bonn

VI. Obergutachterinnen und Obergutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Dietrich Haupt
- Dr. med. Annette Streeck-Fischer

Wörther- Str. 44, 28211 Bremen
Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

VII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

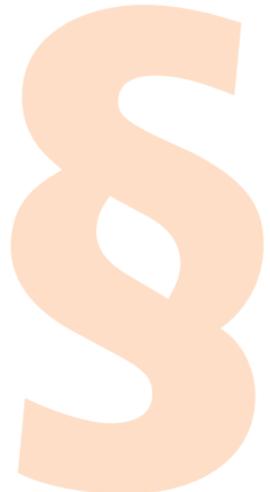
- Dr. med. Franz Rudolf Faber
- Prof. Dr. med. Iver Hand
- Dr. med. Dieter Kallinke
- Dr. med. Johannes Kemper

Postfach 11 20, 49434 Neuenkirchen/Oldenburg
Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg
Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg
Bauerstr. 15, 80796 München

VIII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Johannes Kemper
- Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt

Bauerstr. 15, 80796 München
Postfach 12 34, 69192 Schriesheim



Das Klinikverzeichnis im Ratgeber „Beihilfe in Bund und Ländern“

Neben den Kliniken, die sich in diesem Ratgeber mit einer Anzeige präsentieren, enthält dieser Sonderteil mehr als 160 Kliniken und Sanatorien, die beihilfefähig abrechnen können.

Das Verzeichnis ist nach Ortsnamen in alphabetischer Reihenfolge von A bis Z geordnet. Auf Seite 283 finden Sie eine Klinik, die ihren Sitz in der Schweiz hat. Die Klinikprofile in diesem Verzeichnis sind systematisch aufgebaut und enthalten alle für eine Kontaktaufnahme wichtigen Angaben.

Immer mehr Beihilfeberechtigte nutzen auch das Internet und recherchieren vor einer beabsichtigten Anschlussheilbehandlung, Heilkur oder eines Sanatoriumsaufenthaltes nach der geeigneten Klinik. Die deutlich gestiegene Nutzung des Internets durch Beschäftigte des öffentlichen Dienstes hat den DBW dazu bewogen, eine Website rund um die Beihilfe einzurichten.

Unter www.die-beihilfe.de finden Sie nicht nur Informationen zu den Beihilfevorschriften des Bundes und der Länder, sondern auch viele nützliche Links zu den Themen Vorsorge und Kur. Sie können unter www.die-beihilfe.de/klinikverzeichnis auch nach den, in diesem Klinikverzeichnis aufgeführten Kliniken komfortabel und schnell recherchieren. Direkte Links führen zu den Websites der einzelnen Kliniken. Daneben gibt es ein Verzeichnis von Indikationen, das Sie direkt zur richtigen Klinik führt.

Schauen Sie sich doch einfach mal einige Einträge an, Sie werden sehen, es lohnt sich. Das Verzeichnis hat einen Stand vom Juli 2011.



DBW
seit dem Jahr 1981



Beihilfe in Bund und Ländern

Stroma

Beihilfe

Beihilfevorschriften in Bund und Ländern

Klinik

Klinikenverzeichnis in Bundesländern

Kliniken nach Indikationen

Kliniken nach Leistungsmerkmalen

Kliniken nach Standort

Kliniken nach Behandlung

Kliniken nach Zahnbehandlungen

Kliniken nach Zahnarztgruppen

Gesundheitsleistungen

Suche

Klinikverzeichnis im Ratgeber "Die Beihilfe"

Der komplette und doch informative Ratgeber "Die Beihilfe" bietet nicht nur sachdienliche Informationen rund um das Beihilferecht des Bundes und der Länder, sondern enthält auch ein Verzeichnis mit mehr als 160 beihilfefähigen Kliniken & Sanatorien. Diese Einrichtungen haben sich teilweise auf einzelne Fachgebiete und Schwerpunkte konzentriert. Viele Kliniken bieten heute auch sehr attraktive Gesundheitswochen und Gesundheitsgeschichten an. Überzeugen Sie sich von den attraktiven Angeboten zu vorzähligen Preisen und schauen sich die klinikangemessenen Websites an.

Einen vollständigen Überblick über die Schwerpunkte finden Sie im [DBW-Verzeichnis der Beihilfe - Stand Juli 2011](#)

Das Werbeangebot im Doppelpack: Buch & Website: Auch Ihre Klinik möchte sich im Buch & Internet präsentieren? Details zum werbewirksamen Doppelpack für nur 160,00 EUR finden Sie [hier](#).

Sämtliche Einrichtungen, die auch im Klinikverzeichnis des Ratgebers aufgeführt sind, präsentieren wir auf dieser Website. Einfach nach dem Anfangsbuchstaben der Ortsnamen suchen und schon gelangen Sie direkt zu den gesuchten Gesundheitseinrichtungen.

A	B	O
<ul style="list-style-type: none"> Argentinien Frankreich-Strasbourg Angenburg St.Emmerichs-Sanatorium Preritz Leipzig Frankfurt-Heilung 	<ul style="list-style-type: none"> Bayern-Biedersteine Frankreich-Paris-Klinik Bad Tölz Frankenhausen-Eberl Frankfurt-Heilung Marzling Heilbrunn-Heilung Halle-Heilung Bad Nauheim 	<ul style="list-style-type: none"> Obermünch Frankfurt-Heilung Oberstdorf Schweitzer Privatheile Klinik Argentinien-Bergdorf
P		
<ul style="list-style-type: none"> Frankfurt-Heilung 		

NUTZEN SIE DIESE

Die Beihilfe
Hier finden Sie auf 288 Seiten alles Wichtige zur Beihilfe des Bundes und der Länder. Für nur 7,90 Euro bekommen Sie einen übersichtlich gegliederten und verständlichen geschriebenen Ratgeber. 160 vom Verzeichnis von beihilfefähigen Kliniken und Sanatorien.

www.die-beihilfe.de/klinikverzeichnis

CELENUS Fachklinik Bromerhof

Oberisnyberg 2
88260 Argenbühl
Tel.: 07566 945-0 · Fax: 07566 945-100
E-Mail: info@fachklinik-bromerhof.de

Mutter/Vater-Kind-Einrichtung nach § 111 a SGB V für Vorsorge und Rehabilitation im idyllischen Allgäu. Kompetenzzentrum für Eltern mit ehemaligen frühgeborenen Kindern.

www.fachklinik-bromerhof.de

Gesundheitszentrum ProVita GmbH

Haunstetter Straße 112
86161 Augsburg
Tel.: 0821 59705-0 · Fax: 59705-20
E-Mail: info@gesundheitszentrum-provita.de

Ambulante Rehabilitation für Orthopädie und Neurologie. Praxisbetriebe für Physiotherapie inkl. Wassertherapie, Massage u. Ergotherapie, Gesundheitsprävention u. -bildung

www.gesundheitszentrum-provita.de

Fachklinik Aukrug der Deutschen Rentenversicherung Nord

Tönshede
24613 Aukrug
Tel.: 04873 90970 · Fax: 9097988
E-Mail: info@fachklinik-aukrug.de

Erkrankungen des Bewegungsapparates, Erkrankungen der Atemwege, Psychosomatische Erkrankungen

www.fachklinik-aukrug.de

Elfenmaar-Klinik Bad Bertrich

Auf der Sees
56864 Bad Bertrich
Tel.: 02674 181-0 · Fax: 181-909
E-Mail: info@elfenmaar-klinik.de

Ambulantes und stationäres Therapiezentrum für orthopädische Rehabilitation (AHB,AHV) · Schwerpunkt: Wirbelsäulen-orthopädie (z. B. Bandscheibenvorfall, Versteifung der Wirbelsäule, etc.)

www.elfenmaar-klinik.de

Rehabilitations- & Präventionszentrum Bad Bocklet

Frankenstraße 36
97708 Bad Bocklet
Tel.: 09708 79-0 · Fax: 79-3435
E-Mail: info@rehazentrum-bb.de

Rehabilitationskliniken für Innere Medizin/Onkologie, Orthopädie, Psychosomatik und Geriatrie. Zentrum für Fibromyalgie. Aufnahme von Begleitpersonen möglich. Präventionsprogramme

www.rehazentrum-bb.de

MediClin Seepark Klinik

Fach- u. Rehabilitationsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Sebastian-Kneipp-Str. 1
29389 Bad Bodenteich
Tel.: 05824 21-0 · Fax: 21-200
E-Mail: info@seepark.mediclin.de

Ess-Störungen, Kinder- u. Jugendpsychosomatik und Familientherapie, Depressionen, Angst-, Zwangs-, Anpassungs-, somatoforme (Schmerz-) und andere neurotische u. psychiatrische Störungen

www.seepark-klinik.de

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Klinik Bad Brambach

Christian-Schüller-Str. 14
08648 Bad Brambach
Tel.: 037438 96-511 · Fax: 96-105
E-Mail:
patientenservice@klinik-bad-brambach.de

Fachklinik für Rheumatologie, Orthopädie
und Kardiologie.
Alles im Haus, u. a. natürliche Radon-
Kohlensäure-Bäder.

www.ebel-klinik.de

Malteser Klinik von Weckbecker

Fachklinik für Naturheilkunde
Rupprechtstraße 20
97769 Bad Brückenau
Tel.: 09741 83-0 · Fax.: 83-113
E-Mail: weckbecker.brueckenau@malteser.org

Stoffwechselerkrankungen, Übergewicht,
Allergien, Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
Migräne, Gelenk- und Wirbelsäulener-
krankungen, Fibromyalgie, Erschöpfungs-
syndrom (Burn-out)

www.weckbecker.com

„Moorbad“ Bad Doberan

Schwaaner Chaussee 2
18209 Bad Doberan
Servicetelefon: 01802 222335 (6 Cent/
Festnetzanruf) · Fax: 038203 93680
E-Mail: service@moorbad-doberan.de

Dr. Ebel Fachklinik für Orthopädie, Rheuma-
tologie, Onkologie, Physikalische Medizin
und Naturheilverfahren. Akademisches Lehr-
krankenhaus für Naturheilverfahren der
medizinischen Fakultät der Universität Rostock

www.moorbad-doberan.de und www.ebel-kliniken.de

Vital Kliniken GmbH, Klinik Dreizehnlinden

Bahnhofstr. 3
33014 Bad Driburg
Tel.: 05253 971-0 · Fax: 971-3588
E-Mail:
info.dreizehnlinden@vital-kliniken.de

Orthopädische Erkrankungen nach Opera-
tionen, Verletzungen des Haltungs- und
Bewegungsapparates, Herz-/Kreislauf-
erkrankungen, Entzündliche Erkrankungen,
Onkologie, Neurologie (Phase B, C und D)

www.vital-kliniken.de

Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim

Kurbrunnenstr. 12
67098 Bad Dürkheim
Tel.: 0180 3244181-0
Fax: 0180 3244181-201
E-Mail: duerkheim@ahg.de

Stat. Verhaltenstherapie/ Psychosomatische Reha-
bilitation für Angststörungen, Depressionen, soma-
toforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Ess-
störungen, Schmerzsyndrome etc., Anerkennung
als gem. Anstalt nach § 4 Abs. 5 MB/KK

www.ahg.de/Duerkheim

Espan-Klinik

Gartenstr. 9
78073 Bad Dürkheim
Tel.: 07726 65-119 · Fax: 9395929
E-Mail: info@espan-klinik.de

Fachklinik für Atemwegserkrankungen
(Asthma, COPD), AHB/AR-Klinik; Gesund-
heitswochen, Fachärztl. Leitung (Innere,
Pneumologie, Somnologie, Allergologie,
Sozialmedizin)

www.espan-klinik.de

Klinikverzeichnis – sortiert nach Orten von A bis Z

Hänselehof Bad Dürreim – Vorsorge-Rehabilitationsfachklinik f. Mutter/Vater-Kind

Hofstr. 13
78073 Bad Dürreim
Tel.: 07726 667-0 · Fax: 667-555
E-Mail: info@haenslehof.de

Mutter/Vater-Kind-Kuren, Kinder von 0 bis 16 J., Begleitpersonen möglich, Naturheilverfahren, Schulmedizin, Erschöpfungszustände, Neurodermitis, Allergien, Asthma, ADS/ADHS

www.haenslehof.de

Klinik Limberger

Hammerbühlstr. 5
78073 Bad Dürreim
Tel.: 07726 664-0 · Fax: 664-114
E-Mail: info@klinik-limberger.de

Fachklinik für Prävention, Rehabilitation und AHB, Atemwegserkrankungen, degenerativ-rheumatische Erkrankungen, Unfall- und Verletzungsfolgen, psychovegetative Erschöpfung, Adipositas

www.klinik-limberger.de

Rehaklinik IRMA

Onkologische, pneumologische, gynäkologische, urologische und psychoonkologische Rehabilitation, AHB-Maßnahmen, Prävention
Luisenstraße 2 · 78073 Bad Dürreim
Tel.: 07726 936-0 · Fax: 936-444
E-Mail: info@rehaklinik-irma.de

Alle Tumorarten, speziell Brust-, Prostata-, Bronchial- und Bauchtumore sowie bösartige Erkrankungen des lymphatischen Systems und des Knochenmarks. Chronische Lungenerkrankungen: Asthma bronchiale, COPD

www.rehaklinik-irma.de

CELENUS

Deutsche Klinik für Integrative Medizin und Naturheilverfahren
Prof.-Paul-Köhler-Str. 30 · 8645 Bad Elster
Tel.: 0800 7511111 · Fax: 037437 75-10-00
E-Mail: info@dekimed.de

In der DEKIMED werden moderne Schulmedizin und anerkannte Naturheilverfahren kombiniert angewandt. Behandlungsschwerpunkte sind chronische Schmerz-erkrankungen und Erschöpfungszustände.

www.dekimed.de

CELENUS Facklinikum Sachsenhof

Badstr. 21
08645 Bad Elster
Tel.: 037437 74-0 · Fax: 74-1000
E-Mail: info@fachklinikum-sachsenhof.de

Postakut- und Rehabilitationszentrum für Orthopädie, Kardiologie und Stoffwechsel. Interdisziplinäre medizinische Versorgung auf höchstem Niveau in behaglicher Atmosphäre.

www.fachklinikum-sachsenhof.de

Das werbewirksame Doppelpack: Effektive Werbung

Verzeichniseintrag im Ratgeber
„Beihilfe in Bund und Ländern“



Präsenz im Internet unter
www.die-beihilfe.de

für nur 160,00 Euro – Sie haben Interesse?

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet: www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Klinik + more Blumenhof

Breitensteinstr. 10
83075 Bad Feilnbach
Tel.: 08066 89-0 · Fax: 89-717
E-Mail: blumenhof@klinik-more.de

Fachklinik f. AHB u. Reha, Orthopädie,
Urologie, Onkologie, Gynäkologie,
Gyn. Onkologie im bayer. Voralpenland
zw. München u. Salzburg • Aufnahme
von Begleitpersonen

www.klinik-more.de

Klinik + more Reithofpark

Reithof 1
83075 Bad Feilnbach
Tel.: 08066 18-0 · Fax: 18-718
E-Mail: reithofpark@klinik-more.de

Fachklinik für AHB, Reha u. Prävention –
Kardiologie/Angiologie, Orthopädie und
Naturheilverfahren im bayer. Voralpenland
zw. München u. Salzburg • Aufnahme von
Begleitpersonen möglich

www.klinik-more.de

Johannesbad Fachklinik

Johannesstraße 2
94072 Bad Füssing
Tel.: 08531 23-0 · Fax: 23-2986
E-Mail: info@johannesbad.de

Orthopädie, Akut-Schmerzzentrum, Reha-
bilitations-/Akutabteilung für Psychosoma-
tik/Psychotherapie, Urologie, Deutsches
Zentrum für Osteoporose, Deutsches
Zentrum für Chinesische Medizin

www.johannesbad-fachklinik.de

Kurhotel & Privatsanatorium Mürz

Birkenallee 7–9
94072 Bad Füssing
Tel.: 08531 9580 · Fax: 29876
E-Mail: info@muerz.de

Erschöpfungszustände, Osteoporose,
Gelenk- und Muskelrheumatismus
Bewegungsapparat, Unfall- und
Verletzungsfolgen, Herz-Kreislauf- und
Durchblutungsstörungen

www.muerz.de

Gesundheitspark Bad Gottleuba

Hauptstr. 39
01816 Bad Gottleuba
Tel.: 035023 64-0 · Fax: 64-6610
E-Mail: service@klinik-bad-gottleuba.de

Herz-Kreislauf, Orthopädie, Traumatologie,
Osteologie, Gastroenterologie,
Stoffwechsel, Kinder und Jugendliche,
Psychotherapie, Psychosomatik und
Verhaltensmedizin

www.gesundheitspark-bad-gottleuba.de

Kinder- und Jugendklinik

Gesundheitspark Bad Gottleuba
Hauptstr. 39
01816 Bad Gottleuba
Tel.: 035023 64-0 · Fax: 64-6610
E-Mail: service@klinik-bad-gottleuba.de

Psychische und psychosomatische Störungen,
entzündliche Darmerkrankungen, Störungen
des Herz-Kreislauf-Systems, Erkrankungen
des Stütz-/Bewegungsapparates, Zeitgleiche
Rehabilitation von Angehörigen und Kindern

www.gesundheitspark-bad-gottleuba.de

Klinik für Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen

Gesundheitspark Bad Gottleuba
Hauptstr. 39
01816 Bad Gottleuba
Tel.: 035023 64-0 · Fax: 64-6610
E-Mail: service@klinik-bad-gottleuba.de

Onkologische und nichtonkologische postoperative Erkrankungen, chronische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, (Diabetes mellitus mit Komplikationen, Adipositas)

www.gesundheitspark-bad-gottleuba.de

Klinik für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Gesundheitspark Bad Gottleuba
Hauptstr. 39
01816 Bad Gottleuba
Tel.: 035023 64-0 · Fax: 64-6610
E-Mail: service@klinik-bad-gottleuba.de

Blutdruckerkrankungen, Gefäßerkrankungen, Risikofaktoren, Durchblutungsstörungen, Gesundheitsprophylaxe, AHB nach allen Eingriffen, Operationen an Herz und Gefäßen

www.gesundheitspark-bad-gottleuba.de

Klinik für Orthopädie, Traumatologie und Osteologie

Gesundheitspark Bad Gottleuba
Hauptstr. 39
01816 Bad Gottleuba
Tel.: 035023/64-0 · Fax: 64-6610
E-Mail: service@klinik-bad-gottleuba.de

Funktionsstörungen der Wirbelsäule, entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule nach OP, chronische Schmerzzustände der Wirbelsäule

www.gesundheitspark-bad-gottleuba.de

Klinik für Psychotherapie, Psychosomatik und Verhaltensmedizin

Gesundheitspark Bad Gottleuba
Hauptstr. 39
01816 Bad Gottleuba
Tel.: 035023 64-0 · Fax: 64-6610
E-Mail: service@klinik-bad-gottleuba.de

Depressive Erkrankungen, Angst-/Zwangserkrankungen, somatoforme Störungen, Belastungsreaktionen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Burn-out, Arbeitsplatzprobleme, familiäre Krisen

www.gesundheitspark-bad-gottleuba.de

Asklepios Klinik & Hotel St. Wolfgang

Ludwigpromenade 6
94086 Bad Griesbach-Therne
Tel.: 08532 980-602 · Fax: 980-616
E-Mail: BadGriesbach@asklepios.com

Operative und konservative Therapien, Orthopädie – Sportmedizin/Chirotherapie/Akupunktur, Innere Medizin und Kardiologie, Urologie, Gastroenterologie, Plastische Chirurgie

www.stwolfgang.de

Fachklinik St. Lukas

Nibelungenstr. 49 · 94086 Bad Griesbach
Tel.: 08532 7961112 · Fax: 920015
Verwaltung: Marion Wangelik
Tel.: 08532 7961214
E-Mail: info@fachklinik-sankt-lukas.de

Z. n. WS-OP, Endoprothesen, Arthrosen, Osteoporose, Unfall-/Verletzungsfolgen, Burn-out, Depression, Angst-, Ess-, Persönlichkeits-, somatoforme Störungen, schwere Krisen

www.fachklinik-sankt-lukas.de

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Privatklinik und Gesundheitshotel am Schlossberg

Am Schlossberg 6
87730 Bad Grönenbach
Tel.: 08334 603-0 · Fax: 603-218
E-Mail:
info@GesundheitshotelamSchlossberg.de

Herz-, Kreislauf, Erkrankungen des Atem- und Immunsystems, Gefäßerkrankungen, Krebsvor- und Nachsorge, Körperlich-seelische Erschöpfung, Burn-out, Orthopädie, Allergien, Stoffwechsel

www.GesundheitshotelamSchlossberg.de

Sanatorium Bad Clevers

Clevers 1
87730 Bad Grönenbach
Tel.: 08334 609-0 · Fax: 609-107
E-Mail: info@badclevers.de

Orthopädie · Herz-, Kreislauf und Gefäßerkrankungen, Erkrankungen des Immunsystems, der Verdauungsorgane, Stoffwechselstörungen, Erschöpfungs-zustand, allgemeins Leiden

www.badclevers.de

m&i-Fachklinik Bad Heilbrunn

Wörnerweg 30
83670 Bad Heilbrunn
Tel.: 08046 18-0 · Fax: 18-3131
E-Mail: info@fachklinik-bad-heilbrunn.de

Fachklinik für Orthopädie/Traumatologie, Neurologie/Neuropsychologie (Phase B, C und D), Innere Medizin/Kardiologie, Diabetes- und Stoffwechselforschung (DMP-Klinik), Transplantationsnachsorge

www.fachklinik-bad-heilbrunn.de

Fachklinik Falkenburg

RULAND KLINIKEN
Falkenburgstr. 2
76332 Bad Herrenalb
Tel.: 07083 926-4003 · Fax: 926-4009
E-Mail: patientenservice@klinik-falkenburg.de

Rehabilitations- und AHB-Klinik für Orthopädie und Kardiologie

www.ruland-kliniken.de

Klinik Bad Herrenalb

Kurpromenade 42
76332 Bad Herrenalb
Tel.: 07083 509-0 · Fax: 509-606
E-Mail: info@klinik-bad-herrenalb.de

Fachklinik für Psychosomatische Medizin
Ein Schwerpunkt des Therapieangebotes ist die Behandlung von Bulimie oder Ess-Brechsucht.

www.klinik-bad-herrenalb.de

SANIMA Klinik am Mayenberg GmbH

Alte Dobler Str. 8
76332 Bad Herrenalb
Kostenlose Rufnummer: 0800 748-4444
Fax: 07083 748-444
E-Mail: info@sanima-klinik.de

Private Fachklinik für Psychiatrie
Psychotherapie, Psychosomatik, Neurologie, beihilfefähig Behandlung v. Depressionen, Angst-, Zwangserkrankungen, Konflikt-Trauerreaktionen, Burn-out etc.

www.sanima-klinik.de

Klinikverzeichnis – sortiert nach Orten von A bis Z

Frankenpark-Klinik Bad Kissingen

Bismarckstr. 68
97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971 707-0 · Fax: 707-368
E-Mail: info@frankenpark-klinik.de

Modernes Postakut- u. Rehabilitationszentrum mit interdisziplinärem Konzept für Orthopädie, Rheumatologie, Geriatrie und internistische Begleiterkrankungen.

www.frankenpark-klinik.de

Kinder-Reha-Klinik „Am Nicolausholz“

Elly-Kutscher-Straße 16
06628 Bad Kösen/Naumburg
Tel.: 0344 63-430 · Fax: 43-799
E-Mail: verw-ni@rehaklinik.de

Fachklinik für Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen, Adipositas, Diabetes Mellitus, Rheumatische, Orthopädische und Gastroenterologische Erkrankungen, Psychosomatische Störungen (fachübergreifend)

www.rehaklinik.de

Saale Reha-Klinikum, Klinik I, Bad Kösen

Am Rechenberg 18
06628 Bad Kösen
Kostenlose Servicetelefonnummer:
0800 223563736 (0800-Bad Koesen)
E-Mail: verw-sr1@rehaklinik.de

Fachklinik für Orthopädie und Psychosomatik, AHB

www.rehaklinik.de

Saale Reha-Klinikum, Klinik II, Bad Kösen

Elly-Kutscher-Str. 14
06628 Bad Kösen
Kostenlose Servicetelefonnummer:
0800 223563736 (0800-Bad Koesen)
E-Mail: verw-sr2@rehaklinik.de

Fachklinik für Kardiologie, Orthopädie, Geriatrie, Psychosomatik, Adipositas, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Anschlussheilbehandlung Zentrum für Osteologie

www.rehaklinik.de

Breisgau – Klinik

Herbert-Hellmann-Allee 37
79189 Bad Krozingen
Tel.: 07633 401-0 · Fax: 401-554
E-Mail: info@breisgau-klinik.de

AHB- und Reha-Klinik für Orthopädie, Rheumatologie und Innere Medizin/ Gastroenterologie/Fachspezifische Onkologie in Bad Krozingen

www.breisgau-klinik.de

Das werbewirksame Doppelpack: Effektive Werbung

Verzeichniseintrag im Ratgeber
„Beihilfe in Bund und Ländern“

&

Präsenz im Internet unter
www.die-beihilfe.de

für nur 160,00 Euro – Sie haben Interesse?

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet: www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Park-Klinikum Bad Krozingen

Im Sinnighofen 4
79189 Bad Krozingen
Tel.: 07633 93-6860 · Fax: 93-6960
info@park-klinikum.de

Medizinisch-therapeutisches Fachzentrum für Herz-/Kreislaufkrankungen, Orthopädie, Neurologie, Stoffwechselerkrankungen, Diabetologie, Akutpsychosomatik, Schlafmedizin und Tinnitus

www.park-klinikum.de

Klinik Baden-Privatklinik

Herbert-Hellmann-Allee 44
79189 Bad Krozingen
Tel.: 07633 9352 · Fax: 936960
info@park-klinikum.de

AHB- und Rehazentrum für Herz-/Kreislaufkrankungen. Entzündliche Herzkrankheiten, Erkrankungen der Arterien/ Venen, Stoffwechselerkrankungen, Ernährungsmedizin, Diabetologie, Tinnitus

www.park-klinikum.de

Werner Schwidder Klinik

Herbert-Hellmann-Allee 38
79189 Bad Krozingen
Tel.: 07633 9351 · Fax: 937960
info@park-klinikum.de

Psychosomatische Erkrankungen, seelische Störungen wie Ängste, Depressionen, Traumafolgestörungen. Soziale Beeinträchtigungen wie z.B. schwere Beziehungs- u. Arbeitsstörungen.

www.park-klinikum.de

Rheintalklinik / Astoria Privatklinik GmbH

Thürachstr. 10
79189 Bad Krozingen
Tel.: 07633 408-0 · Fax: 408-233
E-Mail: info@rheintalklinik.de

Fachkliniken für Medizinische Rehabilitation
Orthopädie / Traumatologie
Kardiologie / Angiologie
Zentrum für Manualmedizin

www.rheintalklinik.de

Theresienklinik Bad Krozingen

Am Kurpark 1
79189 Bad Krozingen
Tel.: 07633 404-0 · Fax: 404-2555
E-Mail: info@theresienklinik.de

Kardologisch-Internistische u. Orthopädisch-Traumatologisch-Rheumatologische Rehaklinik, chron. Schmerzen/Fibromyalgie, Bademantelgang ins Thermalbad „Vita Classica“, Kurz- und vollstationäre Pflege

www.theresienklinik.de

Kirchberg Klinik

Kirchberg 7-11
37431 Bad Lauterberg
Tel.: 05524 859-0 · Fax: 859-110
E-Mail: info@kirchbergklinik.de

Fachklinik für Kardiologie, Akut-, Reha-, Sportmedizin und Prävention. Versorgungsvertrag nach §111 SGBV einschl. AHB, beihilfefähig

www.gollee.de

Kurparkklinik, Dr. Lauterbach-Klinik GmbH

Heinrich-Mann-Straße 5
36448 Bad Liebenstein
Tel.: 036961 79-410 · Fax: 79-400
E-Mail: info@dr-lauterbach-klinik.de

Fachklinik u. AHB-Klinik f. Orthopädie, Unfallchirurgie, Sportmedizin, Psychosomatik u. Psychotherapie, Kardiologie, Angiologie u. Diabetologie, Versorgungsvertrag nach § 111 SGBV einschl. AHB und BGSW, beihilfefähig

www.dr-lauterbach-klinik.de

m&i-Fachklinik Bad Liebenstein

Kurpromenade 2
36448 Bad Liebenstein
Tel.: 036961 6-60 · Fax: 6-8051
E-Mail: info@fachklinik-bad-liebenstein.de

Med. Rehabilitation f. neurolog. (Zustand n. Schlaganfall, MS, Tumor), orthop. (nach OP, Unfallfolgen, Gelenkersatz) u. kardiolog. (Herzinfarkt, Herzoperationen) Krankheitsbilder, Urlaubs- und Verhinderungspflege

www.fachklinik-bad-liebenstein.de

Vital-Kliniken GmbH, Klinik Buchenholm

Plöner Str. 20
23714 Bad Malente-Gremsmühlen
Tel.: 04523 987-0 · Fax: 987-520
E-Mail: info.buchenholm@vital-kliniken.de

Innere Medizin/Herzkreislauf-erkrankungen, Onkologie, Orthopädie, Stoffwechselerkrankungen, Psychovegetative Syndrome, Psychotherapie

www.vital-kliniken.de

Kliniken Dr. Vötisch GmbH

Herderstraße 10
97980 Bad Mergentheim
Tel.: 07931 499-0 · Fax: 44607
E-Mail: info@kliniken-dr-voetisch.de

Innere Medizin (Gastro und Stoffwechsel), Orthopädie (Bandscheiben- und Wirbelsäulenerkrankungen, Hüft- und Knie-TEP), Herz- und Kreislauf-erkrankungen, Krebsnachsorge

www.kliniken-dr-voetisch.de

Sanatorium Holler

Edelfingerstr. 26–28
97980 Bad Mergentheim
Tel.: 07931 5460 · Fax: 546122
E-Mail: sanatorium.holler@t-online.de

Fachklinik für internistische Therapie und Naturheilverfahren, Kardiologie, Orthopädie, Diabetes, Übergewicht, Gastroenterologie, Psychosomatische Erkrankungen

www.sanatorium-holler.de

Paracelsus Rotenfelsklinik

Kurhausstraße 8
55583 Bad Münster am Stein-Eberburg
Tel.: 06708 81-616 · Fax: 81-617
E-Mail: rotenfelsklinik@pk-mx.de

Fachklinik für Orthopädische Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung und ambulante Therapie.

www.rotenfelsklinik.paracelsus-kliniken.de

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Diabetes-Klinik Bad Nauheim

Ludwigstrasse 37–39
61231 Bad Nauheim
Tel.: 06032 706-0 · Fax: 706-3001
E-Mail: info.diabetes@pitzer-kliniken.de

Spezialklinik für Diabetes, diabetische Folgeschäden (spez. Fuß-, Nieren-, Nerven- und Herzerkrankungen), Adipositas und Endokrinologie auf dem Campus der Kerckhoff-Klinik.

www.diabetes-klinik-bn.de

Kurklinik Klement

Mittelstr. 84–86
53474 Bad Neuenahr
Tel.: 02641 94680 · Fax: 1864
E-Mail: haus-klement@t-online.de

Klinik für Diabetes und Stoffwechselerkrankungen, Übergewicht, deg. Leiden der Wirbelsäule, Orthop., Herz-Kreislauf, Leistungsabfall, Reha/Badekur, Vitalprodukte, günstige Pauschalen für Begleitpersonen, Prospekt, Hotelkomfort

www.haus-klement.de

Klinik Porta Westfalica, Zentrum für AHB und Reha

Steinstr. 65
32547 Bad Oeynhausen
Info-Hotline: 05731 185-708
Fax: 185-700
E-Mail: info@kpw.eu

Orthopädie, Geronto-Orthopädie, Unfallchirurgie, Rheumatologie, Sporttraumatologie, Innere Medizin, Onkologie, Gastroenterologie, Diabetologie, Gynäkologie, Geriatrie, Schmerztherapie

www.kpw.eu

MATERNUS-Klinik für Rehabilitation

Am Brinkkamp 16
32545 Bad Oeynhausen
Tel.: 05731 85-0 · Fax: 85-8103
E-Mail: info@maternus-klinik.de

AHB- und Rehaklinik für klassische und verhaltensmedizinische Orthopädie, Innere Medizin/Kardiologie/Stoffwechselerkrankungen, Neurologie und Intensivmedizinische Rehabilitation

www.maternus-klinik.de

MediClin Schlüsselbad Klinik

Renchtalstraße 2
77740 Bad Peterstal-Griesbach
Tel.: 07806 86-0 · Fax: 391
E-Mail: info.schluesselbad@mediclin.de

Fachklinik für Orthopädie/Rheumatologie, Innere Medizin/Kardiologie
– Psychosomatik
– Ambulantes Therapiezentrum
– AHB-Klinik

www.schluesselbad-klinik.de

m&i-Fachklinik Bad Pyrmont

Auf der Schanze 3
31812 Bad Pyrmont
Tel.: 05281 6210-0 · Fax 6210-1400
E-Mail: info@fachklinik-bad-pyrmont.de

Fachklinik f. physikalische Medizin u. med. Rehabilitation, Orthopädie/Unfallchirurgie, Rheumatologie/Innere Medizin, Orthopädische Onkologie, Spezielle Schmerztherapie, Hyperthermie-Therapie, Kältekammer/Kryotherapie, Ambulantes Therapiezentrum

www.fachklinik-bad-pyrmont.de

MediClin Kraichgau-Klinik

Fritz-Hagner-Promenade 15
74906 Bad Rappenau
Tel.: 07264 802-0 · Fax: 802-115
E-Mail: info.kraichgau-klinik@mediclin.de

Fachklinik für onkologische Rehabilitation und chronische Schmerzerkrankungen, Schwerpunkte: Gynäkologie, Urologie und Fibromyalgie
AHB- Klinik und Heilverfahren, beihilfefähig

www.mediclin.de/kraichgau-klinik

RosentrittKlinik

Salinenstr. 28
74906 Bad Rappenau
Tel.: 07264 830 · Fax: 83310
E-Mail: info@rosentrittlinik.de

Fachklinik für Rehabilitation-Orthopädie, Innere Medizin und Dermatologie

www.rosentrittlinik.de

Salinenklinik

Salinenstr. 43
74906 Bad Rappenau
Tel.: 07264 825150 · Fax: 82198
E-Mail: info@salinenklinik.de

Fachorthopädische Reha-Klinik, zertifizierte Schmerzklinik (IGOST)

www.salinenklinik.de

Stimmheilzentrum

Salinenstr. 28
74906 Bad Rappenau
Tel.: 07264 8080 · Fax: 862113
E-Mail: info@stimmheilzentrum.de

Phoniatrie Rehabilitationen bei Störungen der Stimme, der Sprache, Sprechens und Schluckens

www.stimmheilzentrum.de

RehaKlinikum Bad Säckingen GmbH

Bergseestraße 61
79713 Bad Säckingen
Tel.: 07761 554-0 · Fax: 554-909
E-Mail: info@rkbs.de

- Entzündliche-rheumatische Krankheiten
- Fibromyalgie • Chronische Schmerzsyndrome der Wirbelsäule • Degenerative Gelenkerkrankungen
- Nachsorge nach Operationen am Bewegungsapparat • Orthopädische Erkrankungen (Wirbelsäulenerkrankungen, Arthrosen, Osteoporose etc.)

www.rkbs.de

Rhein-Jura Klinik

Schneckenhalde 13
79713 Bad Säckingen
Tel.: 07761 5600-0 · Fax: 5600-105
E-Mail: info@rhein-jura-klinik.de

Private Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: störungsspezifische Behandlung von Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, Traumata, Sucht- und Persönlichkeitsproblemen

www.rhein-jura-klinik.de

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Salze Klinik

An der Peesel 5
31162 Bad Salzdetfurth
Kostenlose Servicetelefonnummer:
0800 55464586 (0800-Klinikum)
E-Mail: verw-sk2@rehaklinik.de

Fachklinik für Orthopädie und
Anschlussheilbehandlung
Fachklinik für Psychosomatik

www.rehaklinik.de

Gesundheits-Resort Dr. Wüsthofen

Lindenstraße 5
36364 Bad Salzschlirf
Tel.: 06648 540 · Fax: 54-885
E-Mail: info@wuesthofen.de

Traditionelle Fachklinik für Orthopädie,
Rheumatologie, Chronische Schmerz-
erkrankungen, Osteoporose, Über-
gewicht und Adipositas. Zentrum für
Osteopathie

www.wuesthofen.de

TOMESA Fachklinik

„Das Tote Meer® in Deutschland“
Riedstr. 19
36364 Bad Salzschlirf
Tel.: 06648 55-0 · Fax: 55-159
E-Mail: tomesa@tomesa.de

Hauterkrankungen · Psoriasis · Neurodermitis ·
Vitiligo · Akne · Allergien · Gelenkerkrankungen ·
Rheuma · Balneo-Phototherapie · UV-Behand-
lungen · Physikal. Therapie · Psycholog. Betreuung ·
Die TOMESA-Fachklinik ist vom Verband der PKV
als „Gemischte Krankenanstalt“ anerkannt.

www.tomesa.de

Akutklinik Bad Saulgau

Am Schönen Moos 9
88348 Bad Saulgau
Tel.: 07581 2006-203 · Fax: 2006-400
E-Mail: info@akutklinik-bad-saulgau.de

Kriseninterventionen, Problemkreis
Schmerz-, Angst- Depression,
Burn-out-/Mobbing-Folgeerkrankungen,
Trauer-/Tinnitusbewältigung,
Traumatherapie

www.akutklinik-bad-saulgau.de

Klinik am schönen Moos

Am schönen Moos 7
88348 Bad Saulgau
Tel.: 07581 507-191 · Fax: 507-375
E-Mail: info@klinik-a-s-moos.de

Burn-out, Depression, Lebenskrisen,
chron. Schmerz, Angst, Trauer, Trauma,
Neurolog.-, Interkulturelle-,
Frauenspezifische-, Kinder- und
Jugendpsychosomatik

www.klinik-a-s-moos.de

Das werbewirksame Doppelpack: Effektive Werbung

Verzeichniseintrag im Ratgeber
„Beihilfe in Bund und Ländern“

&

Präsenz im Internet unter
www.die-beihilfe.de

für nur 160,00 Euro – Sie haben Interesse?

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet: www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Klinikverzeichnis – sortiert nach Orten von A bis Z

Falkenstein-Klinik

Ostrauer Ring 35
01814 Bad Schandau
Tel.: 035022 450 · Fax: 45950
E-Mail: info@falkenstein-klinik.de

AHB- und Reha-Klinik für Innere
Medizin und Kardiologie
Bad Schandau/Sächsische Schweiz

www.falkenstein-klinik.de

Kirnitzschtal-Klinik

Kirnitzschtalstr. 6
01814 Bad Schandau
Tel.: 035022 470 · Fax: 43359
E-Mail: info@kirnitzschtal-klinik.de

AHB- und Reha-Klinik für Orthopädie,
Traumatologie, Rheumatologie, Osteopo-
rose und Traditionelle Chinesische Medizin

www.kirnitzschtal-klinik.de

MIKINA Mutter-Vater-Kind Kureinrichtung

Mikina Fachklinik GmbH
Franz-Peter-Sigel-Str. 46
76669 Bad Schönborn
Tel.: 07253 933-501/503 · Fax: 933-100
E-Mail: info@mikina.de

Familienorientierte Vorsorgeklinik für
Erwachsene und Kinder mit Anerkennung
nach § 111a SGB V

www.mikina.de

Sonnenberg-Klinik

Hardtstraße 13
37242 Bad Sooden-Allendorf
Tel.: 05652 54-1 · Fax: 54990 u. 54200
E-Mail: info@sonnenberg-klinik.de

Fachklinik für Onkologie (AHB), Hämatologie und
Immunologie. Onkologische Rehabilitationsklinik
mit ganzheitlichem Therapiekonzept, Naturheilver-
fahren, Psychoonkologie, Physiotherapie, Ernäh-
rungsberatung/-therapie. Onkologische Ambulanz.

www.sonnenberg-klinik.de

Paracelsus-Harz-Klinik

Paracelsusstraße 1
06507 Bad Suderode
Tel.: 039485 99-0 · Fax: 99-802
E-Mail: bad_suderode@pk-mx.de

Fachklinik für Rehabilitation und
Anschlussheilbehandlung bei Herz-
Kreislauf-Erkrankungen, Krebsnachsorge
sowie Lungenkrankheiten, Diabetes
mellitus.

www.paracelsus-kliniken.de/bad_suderode

Das werbewirksame Doppelpack: Effektive Werbung

Verzeichniseintrag im Ratgeber
„Beihilfe in Bund und Ländern“



Präsenz im Internet unter
www.die-beihilfe.de

für nur 160,00 Euro – Sie haben Interesse?

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet: www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Kursanatorium Eberl

Buchener Str. 17
83646 Bad Tölz
Tel.: 08041 78720 · Fax: 787278
E-Mail: info@kurhotel-eberl.de

Burn-out, Orthopädie, Psychosomatik
Herz-Kreislauf, innere Medizin
Diäten: Rheuma, Diabetes, Übergewicht,
Naturmoor, Fitnessraum, Hallenbad,
Beihilfefähig

www.kurhotel-eberl.de

m&i-Fachkliniken Hohenurach

Immanuel-Kant-Straße 33
72574 Bad Urach
Tel.: 07125 151-01 · Fax: 151-1106
E-Mail: info@fachkliniken-hohenurach.de

Med. Rehabilitation für orthop., rheuma-
tische und neurolog. Erkrankungen, Sport-
und Unfallverletzungen; Nachsorge für
Transplantationspatienten, Stoffwechsel-
und Diabeteszentrum, Geriatrie

www.fachkliniken-hohenurach.de

NaturaMed Fachklinik, psychosomatisches Privatkrankenhaus

Badstr. 31a
88339 Bad Waldsee
Tel.: 07524 9902-22 · Fax: 9902-33
E-Mail: kontakt@naturamed.de

Spezialisiert auf psychosomatische Störun-
gen, Lebenskrisen, Depressionen, Ängste,
Identitätskrisen, Burnout-Syndrom, auch
ganzheitliche/naturheilkundliche Behand-
lungen

www.naturamed.de

NaturaMed Vitalclinic GmbH

Private Kurklinik für Selbstzahler und
Privatversicherte
Badstr. 31c · 88339 Bad Waldsee
Tel.: 07524 990222 · Fax: 990233
E-Mail: kontakt@naturamed.de

Die NaturaMed Vitalclinic GmbH ist spezialisiert
auf Ursachendiagnose bei unklaren Krankheits-
beschwerden, Burnout, Leistungsabfall, Stress u.
Erschöpfungszustände, Leberkrankheiten, Durch-
blutungsstörungen, Rücken- u. Gelenkerkrankungen.

www.naturamed.de

Landhaussanatorium und Privatklinik „Im Sonnenfeld“

Sonnenfeldweg 20
83707 Bad Wiessee
Tel.: 08022 844-0 · Fax: 844-11
E-Mail: info@sonnenfeld.de

Seit mehr als 25 Jahren sind wir auf die ganz-
heitliche Behandlung komplexer Krankheitsbilder
spezialisiert, z.B. chronische, internistische und
orthopädische Erkrankungen, Erschöpfungszu-
stände und Burn-out-Syndrome, Nachsorge
nach Krebserkrankungen

www.sonnenfeld.de

Parkland-Klinik

Im Kreuzfeld 6
34537 Bad Wildungen
Tel.: 05621 706-706 · Fax: 706-705
E-Mail: info@parkland-klinik.de
Im Verbund der m&i-Klinikgruppe Enzensberg

Burn-out-Syndrom, Depressionen,
Angststörungen, Adipositas, Essstörungen,
Psychosomatosen, Alterspsychosomatosen,
Psychotraumatologie, Fachklinik für
Psychosomatik und Psychotherapie

www.parkland-klinik.de

Dr. Becker Kiliani-Klinik

Schwarzallee 10
91438 Bad Windsheim
Tel.: 09841 93-0 · Fax: 93-136
E-Mail: info.kiliani-klinik@dbkg.de
Im Verbund der Dr. Becker Klinikgesellschaft, Köln

Orthopädische Rehabilitation, Schwerpunkt Endoprothetik, Z.n. Wirbelsäulenoperation Neurologische Reha Phase B, C und D, Schwerpunkt vaskuläre Störungen, MS, neuromuskuläre Erkrankungen

www.kiliani-klinik.de

Das Bartholomäus

Erlenweg 7
86825 Bad Wörishofen
Tel.: 08247 9618-0 · Fax: 9618-100
E-Mail: info@das-bartholomaeus.de

Herz-, Kreislauf-, -Gefäß-, -Stoffwechsel-Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, Ein- und Durchschlafstörungen, Nervöse Störungen, Allergien, Rheumatische und degenerative Erkrankungen

www.das-bartholomaeus.de

Moorsanatorium – Kurhotel am Reischberg

Karl-Wilhelm-Heck-Straße 12
88410 Bad Wurzach
Tel.: 07564 3040
Fax: 07564 304444
E-Mail: info@kurhotel-am-reischberg.de

Klinik-Hotel für orthopädische und rheumatologische Rehabilitation, beihilfefähig. Reha mit Komfortunterbringung inkl. Thermalbad, Saunalandschaft. Begleitperson willkommen.

www.kurhotel-am-reischberg.de

Klinik am Leisberg

Gunzenbachstr. 8
76530 Baden-Baden
Tel.: 07221 393930 · Fax: 3939350
E-Mail: info@leisberg-klinik.de

Erschöpfungszustände, Burn-out, Depressionen, Schlafstörungen, Angst und Panik, Schmerzen, Essstörungen. Kostenübernahme: Alle Privatversicherungen und Beihilfe.

www.leisberg-klinik.de

Klinik Dr. Franz Dengler

Kapuzinerstraße 1
76530 Baden-Baden
Tel.: 07221 351-0 · Fax: 351-826
E-Mail: info@dengler.de

Fachklinik für Orthopädie, Psychosomatik-Schmerztherapie, Innere Medizin

www.dengler.de

Kellner's SPA® Medical Wellnesshotel

Hochwaldstr. 7
79410 Badenweiler
Tel.: 07632 7510 · Fax: 75179
E-Mail: Dr.Kellner@t-online.de bzw. info@med-spa.de

Medical Wellness, Naturheilverfahren, TCM Sportmedizin, eigene Therme, Badeabteilung, Physikalische Therapie, Ayurveda, Beauty- & Wellnessabteilung, Anti Aging. Volle Beihilfe nach § 7 BW

www.med-spa.de

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Privat-Sanatorium Saller

Oberer Kirchweg 3
79410 Badenweiler
Tel.: 07632 757-0 · Fax: 757-81
E-Mail: info@privat-sanatorium-saller.de

Rehabilitationsklinik für Ganzheitsmedizin, Innere Medizin, Orthopädie, Tumornachsorge, Burn-out. Physiotherapie-Naturheilverfahren-Akupunktur-Gesprächstherapie-Diäten

www.privat-sanatorium-saller.de

Psychosomatische Klinik Sonneneck

Wilhelmstr. 6
79410 Badenweiler
Tel.: 07632 752-400 · Fax: 752-499
E-Mail: psychosomatische-klinik@kliniken-sonneneck.de

Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapie, Psychiatrie und Anthroposophische Medizin: ganzheitliches bio-psycho-soziales Behandlungskonzept. Voll behilfefähig.

www.privatklinik-sonneneck.de

Reha-Klinik Hausbaden

Hausbadenerstr. 1
79410 Badenweiler
Tel.: 07632 759-0 · Fax: 759-140
E-Mail: info@reha-klinik-hausbaden.de

AHB- und Reha-Klinik für Orthopädie und Rheumatologie

www.reha-klinik-hausbaden.de

Römerberg-Klinik

Schwärzestraße 20
79410 Badenweiler
Tel.: 07632 731 · Fax: 73217
E-Mail: badenweiler-info@kbs.de

Orthopädie/Rheumatologie und Tumornachsorge für Urologie/Gynäkologie
Qualifizierte Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung

www.roemerberg-klinik.de

Schwarzwald MedicalResort Obertal

Privatklinik für Innere Medizin, Orthopädie und Naturheilverfahren
Rechtmurgstraße 27 · 72270 Baiersbronn-Obertal, Tel.: 07449 84-0 · Fax: 84-531,
E-Mail: info@schwarzwald-medicalresort.de

Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, degenerative/entzündliche rheumatische Erkrankungen, Erschöpfungssyndrom, Burn-out, Krebserkrankungen. Naturheilverfahren, Immuntherapie, Akupunktur, Homöopathie.

www.schwarzwald-medicalresort.de

Das werbewirksame Doppelpack: Effektive Werbung

Verzeichniseintrag im Ratgeber „Beihilfe in Bund und Ländern“ & Präsenz im Internet unter www.die-beihilfe.de

für nur 160,00 Euro – Sie haben Interesse?

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet: www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Klinikverzeichnis – sortiert nach Orten von A bis Z

Fachklinik Zur alten Post

Murgtalstraße 635
72270 Baiersbronn-Schönmünzach
Tel.: 07447 9465-0 · Fax: 2038
E-Mail: zur.alten.post@t-online.de

Rehabilitationszentrum für Abhängigkeitskrankungen und Psychosomatik, Familientherapeutische Klinik im Schwarzwald, 78 Betten, Mitaufnahme von Kindern möglich, beihilfefähig

www.fachklinik-zur-alten-post.de

Elbe-Saale-Klinik

Schlossstr. 42
39249 Barby
Tel.: 039298 61-0 · Fax: 61-610
Gebührenfreies Servicetel.: 0800 1005509
E-Mail: info@Elbe-Saale-Klinik.de

Postakut- und Rehabilitationsklinik für die interdisziplinäre Behandlung von Erkrankungen des Herzens, der Gefäße, des Stoffwechsels und von orthopädischen Erkrankungen.

www.Elbe-Saale-Klinik.de

AHG Klinik für Kinder und Jugendliche

Paracelsus Ring 8
14547 Beelitz-Heilstätten
Tel.: 033204 62-0 · Fax 62-300
E-Mail: fkbeelitz@ahg.de

Adipositas u. Folgeerkrankungen, ADHS, Verhaltens- u. emotion. Störungen, Enuresis, Psychosom. Erkrankungen, Posttraum. Belastungsstörungen, Schulphobie

www.ahg.de/Beelitz

Schön Klinik Starnberger See GmbH & Co. KG

Münchner Straße 23–29
82335 Berg
Tel.: 08151 17-0 · Fax: 17-400
E-Mail:
KlinikStarnbergerSee@schoen-kliniken.de

Akutklinik für Innere Medizin (Schwerpunkte: Kardiologie, Gastroenterologie, Internistische Intensivmedizin), Hämato-/Onkologie und Psychosomatische Medizin/Psychotherapie

www.schoen-kliniken.de

MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel-Kues

Kueser Plateau · 54470 Bernkastel-Kues
Tel.: 06531 924000 · Fax: 925890
E-Mail:
heike.frechen.@median-kliniken.de
Zertifiziert nach IQMP

5 Kliniken, Indikationen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik/Psychotherapie.

www.median-kliniken.de

Das werbewirksame Doppelpack: Effektive Werbung

Verzeichniseintrag im Ratgeber
„Beihilfe in Bund und Ländern“



Präsenz im Internet unter
www.die-beihilfe.de

für nur 160,00 Euro – Sie haben Interesse?

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet: www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Silberberg-Klinik

Rechensöldenweg 8–10
94249 Bodenmais
Tel.: 09924 7710 · Fax: 7710-499
E-Mail:
silberberg-klinik-Bodenmais@t-online.de

Haut- und Atemwegserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, psychovegetative und psychosomatische Erkrankungen. Eine Klinik für jedes Alter

www.silberbergklinik.de

Klinik Wollmarshöhe GmbH

Wollmarshofen 14
88285 Bodnegg
Tel.: 07520 927-0 · Fax: 2875
E-Mail: info@klinik-wollmarshoehe.de

Privates Fachkrankenhaus für psychosomatische Medizin. Psychotherapie, Psychiatrie, Neuropsychologie, Neurologie, Innere Medizin, Psychokardiologie. Alle Privatversicherungen und Beihilfen.

www.klinik-wollmarshoehe.de

Reha-Klinik Schloss Hamborn

Schloss Hamborn 85
33178 Borchen
Tel.: 05251 3886-0 · Fax: 3886-702
E-Mail: rehaklinik@schlosshamborn.de

Ganzheitliche Therapie auf der Grundlage anthroposophisch erweiterter Medizin und naturgemäßer Heilweisen. Tumornachsorge, Psychosomatische Erschöpfungszustände, Orthopädie

www.schlosshamborn.de

Schlossklinik Pröbsting

Pröbstinger Allee 14
46325 Borken
Tel.: 02861 8000-0 · Fax: 8000-0
E-Mail: info@betak.de

Depressionen, Burn-out, Ängste und Panik, Zwänge, Essstörungen, Schlafstörungen, Schmerzsyndrome. Kostenübernahme: Alle Privatversicherungen und Beihilfe.

www.betak.de

Fachklinikum Borkum

Jann-Berghaus-Str. 49
26757 Borkum
Patientenbetreuung - Hauptverwaltung Bonn:
Tel.: 0228 30825-0 · Fax: 30825-99
E-Mail: info@fachklinikum-borkum.de

Interdisziplinäres Zentrum f. d. Behandlung chronischer u. allergischer Haut- u. Atemwegserkrankungen sowie Adipositas f. Kinder mit getrennter Erwachsenen- u. Eltern-Kind-Klinik.

www.fachklinikum-borkum.de

Fachklinikum Brandis – Patientenaufnahme

Am Wald
04821 Brandis
Tel.: 034292 84-571 · Fax: 84-700
E-Mail: info@fachklinikum-brandis.de

Rehabilitations- und Postakutzentrum für Orthopädie, Psychosomatik und Neurologie, Tinnitus-Kompetenzentrum

www.fachklinikum-brandis.de

Bayerwald-Klinik

Klinikstraße 22
93413 Cham-Windischbergendorf
Tel.: 09971 482-601 · Fax: 679
E-Mail: info@bayerwaldklinik.de

Fachklinik für Rehabilitationsmaßnahmen
und Anschlussheilbehandlungen in den
Indikationen: ■ Kardiologie
■ Onkologie
■ Gastroenterologie

www.bayerwaldklinik.de

Reha-Klinik Damp GmbH

Seute-Deern-Ring 30
24351 Damp
Tel.: 04352 8083-03 · Fax: 8083-73
E-Mail: reha-damp@damp.de

Reha: Orthopädie, Neurologie,
Psychosomatik und Innere Medizin,
Dialysezentrum
Dt. Zentrum für Präventivmedizin Damp

www.damp.de

Waldklinik Dobel

RULAND KLINIKEN
Neuenbürger Str. 49 · 75335 Dobel
Tel.: 07083 747-3604 · Fax: 747-3617
E-Mail:
patientenservice@waldklinik-dobel.de

Rehabilitations- und AHB-Klinik für
Orthopädie, Neurologie (Phase C und D)
und Onkologie

www.ruland-kliniken.de

MediClin Staufenburg Klinik

Burgunderstr. 24
77770 Durbach
Tel.: 0781 473-0 · Tel. 0800 4455888
Fax: 0781 473-265
E-Mail: info.staufenburg@mediclin.de

Fachklinik für Innere Medizin mit Fach-
abteilungen für: Diabetologie und
Stoffwechselerkrankungen, Urologie,
Nephrologie, Onkologie, Orthopädie
AHB-Klinik

www.staufen-klinik.de

de'ignis-Fachklinik gGmbH

Walddorfer Str. 23
72227 Egenhausen
Tel.: 07453 9391-0 · Fax: 9391-193
E-Mail: info@deignis.de

Psychotherapie nach einem christlich-
integrativen Konzept bei psychischen,
psychosomat. u. psychoveget. Erkrank.,
insbes. im Zusammenhang mit einer
religiösen Problematik.

www.deignis.de

Oberbergklinik Weserbergland

Brede 29
32699 Extertal-Laßbruch
Tel.: 05754 870 · Fax: 871150
Beratung: 0800 3222322 (kostenfrei)
E-Mail: info@oberbergkliniken.de

Hochintensive und individuelle Therapien:
Depressionen,
Abhängigkeitserkrankungen,
Burn-out,
Angst- und Panikstörungen

www.oberbergkliniken.de

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Fachklinik Sanatorium Schuppenhörnlé

Schuppenhörnléstr. 37
79868 Feldberg-Falkau
Tel.: 07655 681-0 · Fax: 1493
Kostenfreie Hotline: 0800 9321-111
E-Mail: schuppenhoerle@ak-familienhilfe.de

Eltern-Kind-Reha-/Prävention, Erkrankungen der Atemwege/Haut, Psychosomatische und psychovegetative Erkrankungen, Übergewicht/Adipositas, degenerative (orthopädische) Erkrankungen, 1070 m ü. NN

www.ak-familienhilfe.de

Mooswaldklinik – Die orthopädische Rehaklinik

An den Heilquellen 8
79111 Freiburg
Tel.: 0761 4789-0 · Fax 4789-100
E-Mail: info@mooswaldklinik.de

Spezialisiert auf Behandlung von Hüft-/Knie-Endoprothesen, Bandscheiben- u. Wirbelsäulenerkrankungen (konservativ u. operativ), Unfall- u. Verletzungsfolgen. Hotelkomfort u. kultivierte Atmosphäre.

www.mooswaldklinik.de

Klinik Hohenfreudenstadt

Tripsenweg 17
72250 Freudenstadt
Tel.: 07441 534-0 · Fax: 534-666
E-Mail: info@klinik-hohenfreudenstadt.de

Zentrum für Prävention u. Rehabilitation, Fachbereiche für Innere Medizin, Diabetologie, Ernährungsmedizin, Nephrologie, Herz-Kreislauf, Orthopädie (mit AHB), Psychotherapeutische Medizin, Gesundheitswochen, Spezialangebote

www.klinik-hohenfreudenstadt.de

Medizinisches Aktivzentrum Schweiger

Ländeweg 2
87629 Füssen
Tel.: 08362 914-00 · Fax: 914-0150
E-Mail: info@aktiv-schweiger.de

Facheinrichtung f. Innere Medizin, Sportmedizin u. Dialyse, Herz- u. Kreislaufkr./Stoffwechsel-, Magen-Darm-Erkr./Wirbelsäulen-Gelenkbeschw./Niereninsuffizienz, Dialyse im Haus

www.aktiv-schweiger.de

Wendelstein Klinik

Reutlinger Straße 20
72501 Gammertingen
Tel.: 07574 845 · Fax: 1068
E-Mail: direktion@wendelsteinklinik.de

Privates Akutkrankenhaus für Neurologie, Innere Medizin, Psychiatrie, Psychosomatik

www.wendelsteinklinik.de

Das werbewirksame Doppelpack: Effektive Werbung

Verzeichniseintrag im Ratgeber
„Beihilfe in Bund und Ländern“

&

Präsenz im Internet unter
www.die-beihilfe.de

für nur 160,00 Euro – Sie haben Interesse?

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet: www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Rhön-Klinik Gersfeld

Prof. Dr. Dr. Keck GmbH & Co. KG
Fritz-Stamer-Str. 9
36129 Gersfeld
Tel.: 06654 15-0 · Fax: 15-399
E-Mail: Rhoen-Klinik@t-online.de

Akut- und Rehabilitationsklinik für Orthopädie, Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Urologie, Gynäkologie AHB-, AR- und BGSW-Verfahren

www.rhoen-klinik.de

Klinik Graal-Müritz

Fachklinik für Onkologie + Ganzheitsmedizin
Lindenweg 16/17
18181 Ostseeheilbad Graal-Müritz
Tel.: 038206 750 · Fax: 75175
E-Mail: info@klinik-graal-mueritz.de

Internistische und onkologische Erkrankungen. Die Therapie – eine Kombination aus Schulmedizin, Ganzheitsmedizin, Naturheilverfahren u. a. wissenschaftliche anerkannten Verfahren

www.Klinik-Graal-Mueritz.de

MEDIAN Klinik Heiligendamm

Zum Strand 1
18209 Heiligendamm
Tel.: 038203 44-0 · Fax: 44-999
E-Mail: rehaklinik.heiligendamm@median-kliniken.de

Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf- u. Gefäßerkrankungen, Hauterkrankungen, Allergien u. Psychosomatische Erkrankungen. Nebenindikationen: Diabetes mell., Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, degenerat. Erkrankungen d. Stütz- u. Bewegungsapparates.

www.median-kliniken.de

Rehaklinik Usedom

Delbrückstraße 1–4
17424 Seeheilbad Heringsdorf
Tel.: 038378 81-111 · Fax: 81-777
E-Mail: info@rehaklinik-usedom.de

Fachklinik f. Orthopädie und Atemwegserkrankungen, Geriatrische Rehabilitation -AHB-Klinik, beihilfefähig alle Krankenkassen, BG

www.rehaklinik-usedom.de

m&i-Fachklinik Herzogenaurach

In der Reuth 1
91074 Herzogenaurach
Tel.: 09132 83-0 · Fax: 83-1010
E-Mail: info@fachklinik-herzogenaurach.de

Spezialisierte Akutmedizin und Medizinische Rehabilitation: Orthopädie/Unfallchirurgie, Rheumatologie/Sportmedizin, Neurologie/ Neuropsychologie, Innere Medizin/ Kardiologie/Diabetologie/Angiologie

www.fachklinik-herzogenaurach.de

Földiklinik GmbH & Co. KG

Rösslehofweg 2–6
79856 Hinterzarten
Tel.: 07652 12-40 · Fax: 12-4116
E-Mail: foeldi@foeldiklinik.de

Hauptindikationen: Diagnostik u. Therapie v. Erkrankungen des Lymph- u. Lymphknotensystems, Lymphödemen der Gliedmaßen, des Kopfes u. anderer Körperregionen. Lymphologische Krebsnachsorge

www.foeldiklinik.de

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

St. Georg Privatkliniken

Kurhausplatz 1
79862 Höchenschwand
Tel.: 07672 411-0 · Fax: 411-240
E-Mail: info@porten.de

Orthopädie
Innere Medizin
Tumornachsorge
Pulmologie/Sarcoidose
Herz- Kreislauferkrankungen

www.porten.de

Fachkliniken Sonnenhof

Fachkliniken Sonnenhof GmbH
Kirchstr. 2
79862 Höchenschwand
Tel. 07672 489-403 · Fax: 498-404
E-Mail: info@fachkliniken-sonnenhof.de

Die Fachkliniken Sonnenhof sind ein Rehabilitationsklinikum mit Hotelcharakter und haben in den Bereichen Orthopädie, Innere Medizin, Augenheilkunde sowie Dermatologie langjährige Erfahrungen.

www.fachkliniken-sonnenhof.de

m&i-Fachklinik Enzensberg

Höhenstraße 56
87629 Hopfen am See/ Füssen
Tel.: 08362 12-0 · Fax 12-3070
E-Mail: info@fachklinik-enzensberg.de

Rehabilitation: Orthopädie/Unfallchirurgie, Neurologie Phase C u. D, Innere Medizin, Geriatrie, Psychosomatik; Akut: Orthopädie, Neurologie Phase B, Interdisziplinäres Schmerz-zentrum; Reha/Case Management Support

www.fachklinik-enzensberg.de

Oberbergklinik Schwarzwald

Oberberg 1
78132 Hornberg
Tel.: 07833 792-0 · Fax: 792-825
Beratung: 0800 3222322 (kostenfrei)
E-Mail: info@oberbergkliniken.de

Hochintensive und individuelle Therapien: Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen, Burn-out, Angst- und Panikstörungen

www.oberbergkliniken.de

m&i-Fachklinik Ichenhausen

Krumbacher Straße 45
89335 Ichenhausen
Tel.: 08223 99-0 · Fax: 99-1050
E-Mail: info@fachklinik-ichenhausen.de

Med. Rehabilitation für orthop., rheumatolog. und neurolog. Erkrankungen (Schlaganfall) der Schweregrade B, C, D, geriatrische Patienten, Akutkrankenhaus für Innere Medizin, Anerkannte Parkinson-Fachklinik

www.fachklinik-ichenhausen.de

Das werbewirksame Doppelpack: Effektive Werbung

Verzeichniseintrag im Ratgeber **&** Präsenz im Internet unter
„**Beihilfe in Bund und Ländern**“ **&** www.die-beihilfe.de

für nur 160,00 Euro – Sie haben Interesse?

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet: www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Klinikverzeichnis – sortiert nach Orten von A bis Z

MediClin Albert Schweitzer Klinik & MediClin Baar Klinik

Parkstr. 10
78126 Königsfeld
Tel.: 07725 96-0 · Fax: 96-2297
E-Mail: info.albert-schweitzer@mediclin.de
info.baar-klinik@mediclin.de

Fachklinik für Herz- Kreislauf- und Atemwegserkrankungen, Psychosomatik und Verhaltensmedizin. Gerne Senden wir Ihnen Informationsmaterial zu.

www.albert-schweitzer-klinik.de und www.baar-klinik.de

Ostseeklinik Kühlungsborn

Waldstr. 51
18225 Kühlungsborn
Tel.: 038293 87-0 · Fax: 87-404
E-Mail:
info@ostseeklinik-kuehlungsborn.de

Fachzentrum f. Allergologie, Dermatologie, Pädiatrie u. Pneumologie m. Erwachsenenhaus (Klinik I) u. Kind-Eltern-Haus (Klinik II) m. direktem Strandzugang. Aufnahme v. Kindern ab 6 Monaten.

www.ostseeklinik-kuehlungsborn.de

Fachklinik Lenggries

Bergweg 21
83661 Lenggries
Tel.: 08042 504-704 · Fax: 504-504
E-Mail: info@fachklinik-lenggries.de

Fachklinik für Neurologie (Phase B – D) u. Geriatrie. Spezialisiert auf Gefäß-erkrankungen des Gehirns, cerebrale Bewegungsstörungen u. Nerven-, Schmerz- u. Muskelerkrankungen.

www.fachklinik-lenggries.de

Berolina Klinik

Bültestraße 21
32584 Löhne/Bad Oeynhausen
Tel.: 05731 78-20 · Fax: 78-2799
Kostenlose Servicetelefonnummer:
0800 587265243
E-Mail: verw-bk@uglielje.de

Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapie, Verhaltensmedizinische Orthopädie und für Neurologie

www.rehaklinik.de

Gesundheits-Zentrum Saarschleife

Cloefstr. 1a
66693 Mettlach-Orscholz
Tel.: 06865 90-1830 · Fax: 90-1850
Frau Schwarz
E-Mail: claudia.schwarz@saarschleife.de

Orthopädische-rheumatische Erkrankungen; chronische, degenerative, entzündliche Erkrankung des Bewegungsapparates; Osteoporose; Morb. Bechterew, Fibromyalgie; Trad. Chinesische Medizin; Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

www.saarschleife.de

Das werbewirksame Doppelpack: Effektive Werbung

Verzeichniseintrag im Ratgeber **&** Präsenz im Internet unter
„**Beihilfe in Bund und Ländern**“ www.die-beihilfe.de

für nur **160,00 Euro** – Sie haben Interesse?

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet: www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Klinik Möhnesee

Schnappweg 2
59519 Möhnesee – Körbecke
Tel.: 02924 800-0 · Fax: 800-555
E-Mail: info.klinik-moehnesee@dbkg.de
Im Verbund der Dr. Becker Klinikgesellschaft, Köln

Psychosomatik: Depressionen, Burn-out,
Somatisierungsstörungen, Angststörungen,
Psychokardiologie, Adipositas,
Kardiologie: Erkrankungen des Herz-,
Kreislauf- und Gefäßsystems

www.klinik-moehnesee.de

Rehabilitationszentrum München

Carl-Wery-Straße 26
81739 München-Neuperlach
Tel.: 089 149005-0 · Fax: 149005-50
E-Mail:
info@rehazentrum-muenchen.de

Ambulante Rehabilitation für Orthopädie
und Kardiologie.
Praxis für Physiotherapie, Manuelle
Therapie und Ergotherapie, Medizinische
Trainingstherapie/Sporttherapie

www.rehazentrum-muenchen.de

Eifelhöhen-Klinik

Dr.-Konrad-Adenauer-Str. 1
53947 Nettersheim-Marmagen
Tel.: 02486 71-777 · Fax: 71-555
kostenlose Service-Nr. 0800 7101975
E-Mail: info@eifelhoehen-klinik.de

Fachklinik für Rehabilitation
– Innere Medizin – Orthopädie/Trauma-
tologie – Neurologie. Die Klinik liegt im
Einzugsgebiet der Städte Köln, Aachen,
Düsseldorf, Bonn

www.eifelhoehen-klinik.de

Reha Klinik Neuharlengersiel GmbH

Bettenwarfen 2-14
26427 Neuharlengersiel
Tel.: 04974 916-0 · Fax: 916-170
E-Mail: info@rehaklinik-neuharlengersiel

Interdisziplinäres Therapiezentrum für
Allergien, Haut- und Atemwegserkrankun-
gen bei Säuglingen, Kindern, Jugendlichen
und Erwachsenen, ADHS bei Kindern bis
12 J.; DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert

www.rehaklinik-neuharlengersiel.de

Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik

Höhenstraße 30
51588 Nümbrecht
Tel.: 02293 920-0 · Fax: 920-699
E-Mail: info.rhein-sieg-klinik@dbkg.de
Im Verbund der Dr. Becker Klinikgesellschaft, Köln

Neurologie, Orthopädie und Osteologie
Früh-/Rehabilitation, Diagnostik,
Prävention

www.rhein-sieg-klinik.de

Kurklinik Allgäuer Bergbad

Im Jauchen 17
87561 Oberstdorf
Tel.: 08322 913-0 · Fax: 913-183
E-Mail: abb@karl-wesel.de

Herz-Kreislaferkrankungen, Orthopä-
dische Erkrankungen, Psychosomatische
und psycho-vegetative Erkrankungen
Physikalische und Chirotherapie,
Ernährungs- und Sporttherapie

www.allgaeuer-bergbad.de

Klinikverzeichnis – sortiert nach Orten von A bis Z

Stillachhaus Privatklinik GmbH

Alte Walsersstr. 15
87561 Oberstdorf
Tel.: 08322 602-0 · Fax: 602-280
E-Mail: info@stillachhaus.de

Privatklinik
Fachabteilung für Innere Medizin und
Kardiologie und Fachabteilung für
Psychotherapie, Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin

www.stillachhaus.de

Strandklinik Ostseebad Boltenhagen

Ostseeallee 103
23946 Ostseebad Boltenhagen
Tel.: 038825 47-0 · Fax: 47-999
E-Mail: info@strandklinik.de

Rehabilitationsklinik für Kardiologie,
Angiologie, Hämatologie, internistische
Onkologie, Anschlussrehabilitationen (AR)
und Heilverfahren, zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001:2008

www.strandklinik.de

Fachklinik Allgäu

Peter-Heel-Straße 29
87459 Pfronten-Ried
Tel.: 08363 691-0 · Fax: 691-119
E-Mail: info@fachklinik-allgaeu.de
Service-Tel: 08363 691-124

In den Indikationen Pneumologie und
Psychosomatik sind wir seit über 30
Jahren für unsere Patienten da.
Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

www.fachklinik-allgaeu.de

Heinrich-Heine-Klinik Neu Fahrland

Am Stinthorn 42
14476 Potsdam, Neu Fahrland
Tel.: 0800 5660800 · Fax: 033208 56658
E-Mail: patientenverwaltung.hhk@
ebel-kliniken.com

Dr. Ebel Fachklinik,
Zentrum für Psychosomatik
und Psychotherapie,
Zertifiziert nach: DIN EN ISO 9001:2008

www.heinrich-heine-klinik.de und www.ebel-klinik.de

Privatklinik Schloss Warnsdorf

Schlossstraße 10
23626 Ratekau-Warnsdorf
Tel.: 04502 840-0 · Fax: 840-284
E-Mail: info@schloss-warnsdorf.de

Prävention, Rehabilitation, Heilfasten, Natur-
heilverfahren, Innere, Neurologische und
psychosomatische Medizin, Stoffwechsel-,
Herz-Kreislauf- und gastroenterologische Er-
krankungen, Schmerztherapie, Osteopathie

www.schloss-warnsdorf.de

Klinik Silima

Gut Spreng
83083 Riedering
Tel.: 08036 309-0 · Fax: 309-231
E-Mail: info@klinik-silima.de

Synthese Innerer und Chinesischer Me-
dizin, Tumornachbehandlung, chronische
Schmerzen und Entzündungen, psycho-
somatische Erkrankungen, Burn-out,
Dr. Friedls Buch: Das Gesetz der Balance!

www.klinik-silima.de

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Rehabilitationsklinik Glöcklehof GmbH & Co. KG

Hinterhäuser 21
79859 Schluchsee
Tel.: 07656 78-0 · Fax: 1036
E-Mail: info@gloecklehof-klinik.de

Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente, Trenddrogen) und komorbide Störungen (u. a. ADHS, PTBS, Borderline). Verhaltenstherapie, Familientherapie, DBT. Beihilfefähig.

www.gloecklehof-klinik.de

Ostseestrand-Klinik „Klaus Störtebeker“

Strandstr. 13
17459 Seebad Kölpinsee
Tel.: 0800 5717459 (kostenlos)
E-Mail: info@ostseestrandklinik.de

Rehabilitation v. Kindern u. Jugendlichen im milden Ostsee-Reizklima b. Erkrankungen der Atemwege, Hauterkrankungen, Adipositas, Allergien, Infektanfälligkeit. Individuelle Therapien u. pädag. Betreuung.

www.ostseestrandklinik.de

Evangelische MutterKindKlinik Spiekeroog, Dünenklinik

Evang. MutterKindKlinik Spiekeroog
Tranpad 16
26474 Spiekeroog
Tel.: 04976 917-0 · Fax: 917-199
E-Mail: verwaltung@duenenklinik.de

Erschöpfungszustände, psychosomatische Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege und der Haut, Erkrankungen des Bewegungsapparates

www.duenenklinik.de

Weissenstein-Klinik

Johann-Rothmeierstr. 14
79837 St. Blasien
Tel.: 07672 482-0 · Fax: 482-100
E-Mail: info@weissenstein-klinik.de

Fachklinik für psychosomatische und psychotherapeutische Medizin

www.weissenstein-klinik.de

Ziegelfeld-Klinik

Johann-Rottmeierstr. 5
79837 St. Blasien
Tel.: 07672 999-0 · Fax: 2006
E-Mail: info@ziegelfeld-klinik.de

Fachklinik für konservative Orthopädie und Verhaltensmedizin

www.ziegelfeld-klinik.de

Das werbewirksame Doppelpack: Effektive Werbung

Verzeichniseintrag im Ratgeber **&** Präsenz im Internet unter
„**Beihilfe in Bund und Ländern**“ **www.die-beihilfe.de**

für nur 160,00 Euro – Sie haben Interesse?

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet: www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Klinikverzeichnis – sortiert nach Orten von A bis Z

Gesundheitsklinik „Stadt Hamburg“ – Fachklinik für Rehabilitation und Prävention

Im Bad 35
25826 St. Peter-Ording/Nordsee
Tel.: 04863 86730 · Fax: 86-718
E-Mail: info@Gesundheitsklinik.com

Herz-Kreislaufkrankungen, orthopädische Erkrankungen, psychosomatische Beschwerden, Burnout-Syndrom, Tinnitus, HNO- Erkrankungen, Adipositas, Atemwegs- u. Hauterkrankungen

www.Gesundheitsklinik.com

Strandklinik St. Peter-Ording

Fritz-Wischer-Straße 3
25826 St. Peter-Ording
Tel.: 04863 706-01 Fax: 706-1799
E-Mail:
info@strandklinik-st-peter-ording.de

Fachklinik für stationäre Rehabilitation und Anschlussrehabilitation. Indikationen: Pneumologie/ Innere Medizin, Psychosomatik (u.a. Depressionen, Burn out, Angststörungen, somatoforme Störungen), Dermatologie und Orthopädie, HNO Tinnitus.

www.strandklinik-st-peter-ording.de

Inselsberg Klinik

Fischbacher Str. 36
99891 Tabarz
Tel.: 036259 53-0 · Fax: 53-213
E-Mail: info@inselsberg-klinik.de

Rehabilitation nach Krebserkrankungen
Onkologie, AHB-Klinik

www.inselsberg-klinik.de

Klinik Tecklenburger Land

Fachklinik f. Psychosomatik und onkologische Nachsorge
Bahnhofstraße 32 · 49545 Tecklenburg
Tel.: 05482 65-0 · Fax: 6053
E-Mail: info@klinik-tecklenburger-land.de

Onkologie: Brustkrebs, HNO, Mund, Zunge, Kiefer, Lunge, Psychologie;
Psychosomatik: Depressionen, Ängste, Zwangsstörungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, etc.

www.klinik-tecklenburger-land.de

Birkle – Klinik

Obere St- Leonhardstr. 55
88662 Überlingen
Tel.: 07551 803-0 · Fax: 803-711
E-Mail: info@birkle-klinik.de

AHB- und Reha-Klinik für Orthopädie und Innere Medizin in Überlingen am Bodensee

www.birkle-klinik.de

Kurpark-Klinik

Gällerstr. 10
88662 Überlingen
Tel.: 07551 806-0 · Fax: 806-237
E-Mail: info@kurpark-klinik.de

Fachklinik für ernährungsabhängige Krankheiten, Innere Medizin, Naturheilverfahren und Diabetologie in Überlingen am Bodensee

www.kurpark-klinik.de

Kliniken und Gesundheitseinrichtungen

Kneippsanatorium Seehof

Strandweg 6
88662 Überlingen
Tel.: 07551 94798-0 · Fax: 94798-99
E-Mail: info@seehof-bodensee.de

Kneipp-Therapie; Rheumatische und degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates; Erschöpfungszustände; Reha nach Herzinfarkt und Operation; Kreislauf-erkrankungen; Durchblutungsstörungen

www.seehof-bodensee.de

Westerwaldklinik Waldbreitbach

Buchenstr. 6
56588 Waldbreitbach
Tel.: 02638 898-0 · Fax: 898-276
E-Mail: info@westerwaldklinik.de

Reha-Zentrum für Neurologie und Neurologische Psychosomatik (AHB/AR) Schlaganfall, MS, Epilepsie, Sprachstörung, Konversions-/Bewegungsstörung, Tinnitus, Schmerzsyndrom

www.westerwaldklinik.de

Fachklinik Waldbronn

RULAND KLINIKEN
Gisela-und-Hans-Ruland-Str. 1
76337 Waldbronn
Tel.: 07243 603-26 13 · Fax: 603-2617
E-Mail: patientenservice@ruland-kliniken.de

Rehabilitations- und AHB-Klinik für Orthopädie und Neurologie (Phase C und D)

www.ruland-kliniken.de

AHG Klinik Waren

Fachklinik Waren GmbH
Auf dem Nesselberg 5
17192 Waren (Müritz)
Tel.: 03991 635-400 · Fax: 635-404
E-Mail: waren@ahg.de

Depressionen, Angst-/Panikstörungen, somatoforme Störungen (funktionelle Störungen aller Organsysteme), Chronische Schmerzsyndrome, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Erschöpfungssyndrome

www.ahg.de/waren

Oberbergklinik Berlin/Brandenburg

Am Glubigsee 46
15864 Wendisch Rietz
Tel.: 033679 64100 · Fax: 64200
Beratung: 0800 3222322 (kostenfrei)
E-Mail: info@oberbergkliniken.de

Hochintensive und individuelle Therapien: Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen, Burn-out, Angst- und Panikstörungen

www.oberbergkliniken.de

Insel Klinik Sylt

Nordhedig 10
25980 Westerland/Sylt
Tel: 04651 924-0 · Fax: 924-411
E-Mail: insel-klinik@mutter-kind.de

Sanatorium, Präventions- und Rehabilitationseinrichtung für Mutter, Vater, Kind (Kinder von 0–15 Jahre) bei: Erkrankungen der Atemwege, Allergien, Psychosomatische und ernährungsbedingte Erkrankungen

www.mutter-kind.de

Klinikverzeichnis – sortiert nach Orten von A bis Z

NRW Neurologisches Reha-Zentrum Wiesbaden GmbH

Aukammallee 39
65191 Wiesbaden
Tel.: 0611 43-60 · Fax: 43-6352
E-Mail: info@pitzer-kliniken.de

Funktions- und Fähigkeitsstörungen bei Schlaganfall, Schädelhirntrauma, Hirntumoren, Hirnhautentzündungen, Rückenmarkschäden, Polyneuropathien, Multipler Sklerose und Morbus Parkinson

www.pitzer-kliniken.de

Rehaklinik Aukammtal Pitzer GmbH & Co. KG

Leibnizstraße 25
65191 Wiesbaden
Tel.: 0611 571-0 · Fax: 571-148
E-Mail: info@pitzer-kliniken.de

Konservativ behandelbare orthopädische Erkrankungen, Osteoporose, Unfall- und Verletzungsfolgen; AHB nach Operationen an Bewegungsorganen und rheumachirurgischen Eingriffen

www.pitzer-kliniken.de

Rehazentrum Wilhelmshaven

Bremer Straße 2
26382 Wilhelmshaven
Tel.: 04421 945-0 · Fax: 945-502
E-Mail: info@reha-whv.de

Das Rehazentrum Wilhelmshaven ist eine Postakut- und Rehabilitationsklinik für Orthopädie und Neurologie (Phase C und D). Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website.

www.reha-whv.de

Klinik Sonneneck

Osterstraße 2
25938 Wyk auf Föhr
Tel.: 04681 5001-432 · Fax: 5001-440
E-Mail: info@rehaklinik.net

Reha- und AHB-Klinik zur Nachsorge von onkologischen und Atemwegserkrankungen. Ärzte: Internisten, Gynäkologin, HNO-Arzt, Allgemeinarzt, Psychologinnen. Bitte Prospekt und Konzept anfordern.

www.rehaklinik.net

Klinik Westfalen Reha-Klinik am Meer

Sandwall 25–27
25038 Nordseeheilbad Wyk auf Föhr
Tel.: 04681 599-0 · Fax: 599-499
E-Mail: info@klinik-westfalen.net

Spezialisiert auf chronische Erkrankungen der Atemwege und der Lunge einschl. Allergien sowie von degenerativen Erkr. des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkr., psychosomatische Erkr. und der Haut

www.klinik-westfalen.net

Das werbewirksame Doppelpack: Effektive Werbung

Verzeichniseintrag im Ratgeber
„Beihilfe in Bund und Ländern“

&

Präsenz im Internet unter
www.die-beihilfe.de

für nur 160,00 Euro – Sie haben Interesse?

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet: www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Heilkurorte Ausland

Hochgebirgsklinik Davos

Hermann-Burchard-Strasse 1
CH-7265 Davos-Wolfgang
Tel.: 004181 417-4444
Fax: 004181 417-3030
E-Mail: hochgebirgsklinik@hgk.ch

Allergien, Erkrankungen der Atemwege
und der Lunge, der Haut und der Augen.
Uneingeschränkt beihilfeberechtigt.

www.hochgebirgsklinik.ch

Erfolgreiches Marketing:

**Print & Online
Mit dem Deutschen Beamten-
wirtschaftsring e.V. (DBW)!**

Interesse?

Wir bieten:

**Anzeigenmarketing,
Frau Jäcker 0211 72134571**

Wir freuen uns

**über Ihren Anruf
oder Ihre Mail
marketing@dbw-online.de**

Stichwortverzeichnis

A

Altersrückstellung	25
Ambulante Rehabilitations- maßnahmen	66ff.
Anschlussheilbehandlungen (AHB)	66, 71, 144ff.
Antragsfrist für Beihilfeansprüche	50
Arzneimittel	53
Atemwegserkrankungen	120
Aufwendungen bei Geburten	65
Aufwendungen bei Krankheit	53ff.
Auslandsrankenversicherung	65

B

Baden-Württemberg	166ff.
Basistarif in der privaten Krankenversicherung	26f.
Bayern	172ff.
Beamte auf Widerruf	64
Befundbezogene Festzuschüsse	13
Beihilfe	1
Beihilfe bei familienbedingter Beurlaubung	31
Beihilfe bei familienbedingter Teilzeit	31
Beihilfe im Ausland	65
Beihilfe nach dem Tod	65f.
Beihilfe und Kinder	32f.
Beihilfeantrag	34
Beihilfeberechtigung	30
Beihilfeberechtigung und Elternzeit	34
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen	34f.
Beihilferecht des Bundes	29ff.
Beihilfer Regelungen in den Ländern	165ff.
Beitragsanpassung	25
Beitragsrückerstattungen	23f.

Beitragsatz in der GKV	8
Belastungsgrenzen	15
Bemessungssätze	32
Berlin	174f.
Berücksichtigungsfähige Angehörige	31
Bonusregelungen	13, 15
Brandenburg	175
Bremen	175ff.
Bundesbeihilfeverordnung	29, 197ff.
Bundesministerium des Innern (BMI)	64
Bundesverwaltungsgericht	37, 52, 56, 165
Burn Out bei Beamten und Staatsdienern	110

C

Chronisch Kranke	12
------------------	----

D

Dauernde Pflegebedürftigkeit	74ff.
Deutsche Bahn AG	1
Deutsche Post AG	1
Deutsche Telekom AG	1
Deutscher Beamtenwirtschafts- ring e.V. (DBW)	22, 250
Dienstunfähigkeitsbescheinigung	50
Doppelversicherung	25

E

Eigenbehalte und Belastungsgrenzen	51f.
Ein- und Zweibettzimmer	61
Europäische Union	142

F

Familienversicherung	11
Freie Krankenhauswahl	61
Früherkennung	64f.

Stichwortverzeichnis

G

Ganzheitlicher Therapieansatz	158
Gebärdendolmetscher	173
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	35ff.
Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	63
Gebührenverzeichnis (GebüH)	39ff.
Gesetzlich versicherte Beamte	21
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	3ff.
Gesundheitsfonds	9
Gesundheits-Karte	11
Gesundheits-Tipps	124
Gesundheitsversicherung	1
GKV-Modernisierungsgesetz	14

H

Hamburg	178
Härtefallregelung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	53
Härtefallregelungen	14
Heilfürsorge	2
Heilkuren	94ff.
Heilpraktiker	37, 50
Hessen	181
Hilfeleistungen	18

I

Implantate	63
Indikationen	146

K

Kontrahierungszwang	25
Kostenabrechnung	62
Kostendämpfungspauschale	165f.
Krankenhäuser	61

Kündigung	25
Künstliche Befruchtung	55
Kurarten	136
Kurorte	83ff.
Kurortverzeichnis	98ff.
Kurzzeitpflege	20, 81

M

Mecklenburg-Vorpommern	186
Medizinische Rehabilitation	144
Menschen dienen – Gesundheit fördern	140
Mit Radon gegen Rheuma	118
Mitversicherung von Familienangehörigen	4f.
Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Rehabilitation	74

N

Nicht beihilfefähige Aufwendungen	50f.
Niedersachsen	187
Nordrhein-Westfalen	187ff.

P

Palliativversorgung	82
Patienten-Quittung	11
Pflege	1, 80ff.
Pflegebedürftigkeit	74ff.
Pflegepersonen	18, 20
Pflegeversicherung	17ff.
Praxisgebühr für Beamte	52
Privat Versicherte	11
Privatärztliche Behandlung	61f.
Private Krankenversicherung (PKV)	23ff.

R

Rehabilitation	66, 83
Rehabilitationsmaßnahmen	83f., 90

Stichwortverzeichnis

Rehabilitationssport	74
Rheinland-Pfalz	197ff.
Rückenschmerzen	92

S

Saarland	200ff.
Sachsen	203
Sachsen-Anhalt	203
Sanatoriumsbehandlung	66ff.
Schleswig-Holstein	203f.
Seehilfen	171
Sozialversicherung	17
Stationäre Pflege	21
Stationäre Rehabilitations- maßnahmen	66ff.
Suchtbehandlungen	71

T

Teilstationäre Pflege	20, 80
Thüringen	203

U

Überwachung	64f.
Urlaubs-Pflegevertretung	20

V

Verhütung	64f.
Versicherungsnachweis	31
Versicherungspflicht	71
Versicherungsschutz	7, 26
Versicherungsvertragsgesetz	32
Versorgungsbezüge	15
Viagra nicht beihilfefähig	56
Vollstationäre Pflege	81f.
Vorerkrankungen	25
Vorsorge- und Früherkennungs- maßnahmen	64

W

Wahlfreiheit	16
Wahlleistungen	61
Wartezeit	25
Wartezeiten in der privaten Krankenversicherung	24
Wechsel der Krankenversicherung	24

Z

Zahnärztliche Leistungen	63
Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung	9
Zuzahlungs- und Finanzierungsregeln	15
Zuzahlungsbefreiungen	15



Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst

Doppelpack zur Beihilfe: Buch & Internet

Der Ratgeber „Beihilfe in Bund und Ländern“

- informiert verständlich und kompakt über das Beihilferecht.
- erläutert die vom Bund abweichenden Landesvorschriften.
- enthält auch das Gebührenrecht.
- nennt die beihilfefähigen Höchstbeträge.
- mit Beispielen und Tipps für die Praxis.
- gibt Tipps zu REHA, AHB und Kuren.
- mit dem umfassenden Klinikverzeichnis.



43.500 Leser

Der Internetauftritt www.die-beihilfe.de

- ist das Beihilfeportal im Internet.
- belegt Spitzenplätze bei Google!
- gibt Tipps von A bis Z.
- mit wichtigen Urteilen zur Beihilfe.
- mit den Beihilfevorschriften in Bund und Ländern.
- mit Link-TIPPS zu offiziellen Seiten der Länder.
- präsentiert und empfiehlt Kliniken und Sanatorien.



monatlich
mehr als 40.000
Besucher und jährlich
mehr als 1,8 Mio.
besuchte Seiten

Das werbewirksame Doppelpack für Kliniken
und Gesundheitseinrichtungen
für nur 160,00 Euro zzgl. MwSt. für 12 Monate

Mehr Informationen

Anzeigenmarketing Öffentlicher Dienst: marketing@dbw-online.de
oder direkt im Internet:

www.die-beihilfe.de/buchungsformular_beihilfe_doppelpack

Ihr starker Schutz von Anfang an mit der Dienstanfänger-Police.

Spezialist für den Öffentlichen Dienst. **DBV**

Ein maßgeschneiderter Vorsorgeplan ist für Sie als Beamter auf Widerruf und Probe besonders wichtig. Mit der Dienstanfänger-Police der DBV kombinieren Sie gleich zwei Bausteine: Sie schützen sich vor Einkommensverlusten bei Dienstunfähigkeit und starten gleichzeitig Ihre private Altersvorsorge. Sichern Sie sich starke Leistungen zum günstigen Preis. Gewerkschafts- und Verbandsmitglieder haben zusätzliche Beitragsvorteile!

**Lassen Sie sich beraten – kompetent
und unverbindlich!**