

Wichtige Informationen zur Beihilfe

Am 20. September 2012 ist die Dritte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV, BGBl I S. 1935 ff) in Kraft getreten. Dadurch ergeben sich im Wesentlichen folgende wichtige Änderungen für die Beihilfeberechtigten:

- **Kieferorthopädische Behandlungen**

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 voraussichtlich entstehenden Aufwendungen **vor Beginn der Behandlung** auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Eine der Grundvoraussetzungen ist damit die vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle.

Werden kieferorthopädische Behandler aus persönlichen Gründen, die die Beihilfeberechtigten oder deren berücksichtigungsfähige Angehörige selbst zu vertreten haben, während der laufenden Behandlung gewechselt, können die Aufwendungen für die Weiterführung bei anderen Behandlern künftig nur noch in dem ursprünglich vor Beginn der Behandlung von der Festsetzungsstelle anerkannten Umfang als beihilfefähig anerkannt werden.

- **Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**

- Ab dem 20. September 2012 kann zu den Aufwendungen für die von Heilpraktikern verordneten Arzneimittel **keine Beihilfe** mehr gewährt werden.

- Aufwendungen für von Ärzten oder Zahnärzten verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Die Aufwendungen der nach Überschreiten der Belastungsgrenze verordneten und beschafften nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel können jedoch unter bestimmten Voraussetzungen als beihilfefähig anerkannt werden. Hierzu bedarf es der Vorlage der Belege.

Die Belastungsgrenze ist die Summe der Eigenbehalte. Sie beträgt bei Chronisch Kranken 1 Prozent des Bruttojahreseinkommens; bei nicht Chronisch Kranken 2 Prozent.

- **Krankenhausbehandlungen in Privatkliniken**

Bislang waren die Aufwendungen für Behandlungen in Privatkliniken nur bis zu der Höhe der Kosten für die gleiche Behandlung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung (z. B. Uniklinik) beihilfefähig. Demzufolge war von der Festsetzungsstelle stets ein Kostenvergleich durchzuführen.

Künftig wird der Kostenvergleich durch eine pauschalierte Abfindung ersetzt, wenn die Privatklinik in der Rechnung die sogenannte Fallpauschale der Behandlung nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung für die durchgeführte Behandlung nicht angegeben hat. Die Pauschalen unterscheiden zwischen Minderjährigen und Erwachsenen und sind getrennt in teil- bzw. vollstationäre Behandlungen.

Die bisher bekannten Abzugsbeträge bei Krankenhausbehandlungen (z. B. Abzug für Zweibettzimmer und tägliche Minderung um 10,00 Euro für die ersten 28 Kalendertage) gelten unverändert fort.

- **Insulinanaloga**

Neben den bisher schon bestehenden Beschränkungen für kurz wirksame Insulinanaloga sind künftig auch lang wirkende Insulinanaloga zur Behandlung von Diabetes Typ2-Patienten nur noch eingeschränkt beihilfefähig. Die Aufwendungen für Insulinanaloga können in Zukunft grundsätzlich nur noch dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn sie im Vergleich mit Humaninsulinpräparaten nicht mit Mehrkosten verbunden sind oder eine Unverträglichkeit gegen Humaninsuline besteht.

- **Freiwillig gesetzlich Versicherte**

Der derzeit geltende besondere Bemessungssatz in Höhe von 100 Prozent für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die freiwillig Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird aufgehoben.

Dieser besondere Bemessungssatz gilt für alle Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am 20. September 2012 freiwillig gesetzlich versichert sind, noch für eine Übergangsfrist von 5 Jahren weiter, also bis zum 20. September 2017. Danach ist auch bei freiwillig gesetzlich Versicherten der jeweilige Regelbemessungssatz anzuwenden, es sei denn es wird im Ausnahmefall eine besondere Härte im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern anerkannt.

Bei freiwillig gesetzlich Versicherten, die erst ab dem 20. September 2012 Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige werden, kann die Beihilfe bereits jetzt nur noch zum jeweiligen Regelbemessungssatz gewährt werden.

- **Leistungsverbesserungen**

- **Schutzimpfungen**

Aufwendungen für Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME-)Schutzimpfungen und Gripeschutzimpfungen können in Zukunft ohne Einschränkungen als beihilfefähig anerkannt werden.

- **Krankenhausbehandlung im Ausland**

Aufwendungen für eine Notfallversorgung in einem Krankenhaus im Ausland sind in Zukunft ohne Beschränkung auf die Inlandskosten beihilfefähig.

- **Höchstbetrag für eine Hörgeräteversorgung**

Der Höchstbetrag für eine Hörgeräteversorgung alle fünf Jahre wird für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige ab 15 Jahren auf grundsätzlich 1.500,00 Euro je Ohr angehoben.

- **Vollstationäre Pflege**

In Zukunft kann zu den Aufwendungen für die vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung unter bestimmten Voraussetzungen auf Antrag auch über die Pflegepauschalen hinaus eine Beihilfe gewährt werden.

Weitere Auskünfte kann Ihnen im Bedarfsfall die Beihilfestelle erteilen.

Den vollständigen Text der geltenden Bundesbeihilfeverordnung und der dazugehörigen Allgemeinen Verwaltungsvorschrift finden Sie unter www.terrww.bundeswehr.de bzw. im Intranet der Bundeswehr.