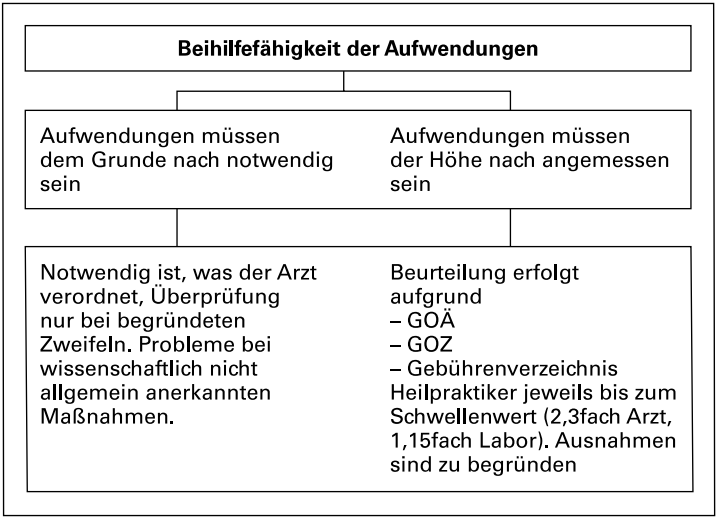
2.2 Beihilfefähige Aufwendungen

Beihilfe wird gewährt, wenn die Aufwendungen beihilfefähig sind und im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht bzw. die betreffenden Angehörigen berücksichtigungsfähig sind.

Beihilfefähig sind Aufwendungen, wenn

- sie dem Grunde nach notwendig,
- der Höhe nach angemessen sind und
- und die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.



Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen müssen grundsätzlich notwendig sein. Die bei einer Erkrankung entstandenen Aufwendungen müssen unvermeidbar sein. Die Anerkennung von Aufwendungen für »Wunschleistungen« ist nicht möglich.

Neben dem Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit, müssen die Aufwendungen auch der Höhe nach »angemessen« sein. Die Kosten einer Behandlung dürfen nicht gravierend über den Durchschnittskosten einer entsprechenden Behandlung liegen.

Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle sie kann hierzu Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes(-zahnarztes) einholen.

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des seit April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses (letzter Stand: 1.1.2002) für Heilpraktiker (GebüH), jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen.

2.3 Beihilfefälle

Die verschiedenen Beihilfefälle sind in einer Übersicht (siehe Seite 77) dargestellt. Weitere Details zu den einzelnen Beihilfefällen werden in den folgenden Kapiteln dieses Ratgebers behandelt.

2.4 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

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 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 GOÄ sieht einen Gebührenrahmen

- für die persönlichen ärztlichen Leistungen vom 1- bis zum 3,5-fachen,

- für die vorwiegend medizinisch-technischen ärztlichen Leistungen vom 1- bis 2,5fachen,
- bei Laboruntersuchungen von 1- bis 1,3fachen

der einfachen Gebührensätze vor.

Definition: Gebührensatz
Der Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen ärztlichen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der einzelne Punktwert beträgt zurzeit 5,82873 Cent.

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

Innerhalb dieser Gebührenspannen ist die Überschreitung des Schwellenwertes

- bei den persönlichen ärztlichen Leistungen des 2,3fachen,
- bei den medizinisch-technischen Leistungen des 1,8fachen,
- Laboruntersuchungen des 1,15fachen

nur zulässig, wenn die Besonderheiten des Einzelfalles dies rechtfertigen und der Arzt die Überschreitung begründet. Neben den Gebühren dürfen nur Wegegeld, Reiseentschädigung und Auslagen in Rechnung gestellt werden.

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.

Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers und für von diesem verordnete Arznei- und Verbandmittel ohne Anwendung von § 5 Abs. 3 Sätze 3 und 4 BhV beihilfefähig.

Leistungsübersicht des GebüH und beihilfefähige Höchstbeträge gemäß § 5 Abs. 1 BhV

GebüH			BhV	
Nr.	**Leistungsübersicht**	**von – bis**	**Beihilfefähiger Höchstbetrag**	**Bemerkungen**
		Euro		
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1–10	**Allgemeine Leistungen**			
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,30 bis 20,50	12,30	
2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie	15,40 bis 41,00	15,40	
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	bis 4,50	3,20	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	16,40	Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 4 wird nur als alleinige Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.