



Erstattung nur unter bestimmten Voraussetzungen

Besondere Behandlungsmethoden

Neben medizinisch notwendigen Untersuchungen und Behandlungen gibt es ein großes Angebot an Behandlungsmethoden, die nicht anerkannt sind. Diese Leistungen sind ganz oder teilweise von einer Erstattung ausgeschlossen. Damit Sie vor einer Behandlung wissen, worauf Sie achten müssen, geben wir Ihnen einen Überblick, bei welchen Behandlungen Sie eine Erstattung abklären sollten.

Das Angebot an medizinischen Untersuchungen und Behandlungen ist vielfältig. Die Bandbreite reicht von bekannten, über neue, innovative Methoden bis hin zur Alternativmedizin. Darüber hinaus werden auch wissenschaftlich

nicht anerkannte Therapien angeboten. Das sind Untersuchungen und Behandlungen, die ganz oder teilweise von der Erstattung ausgeschlossen sind. Diese Leistungen sind in der Anlage 1 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt.

Absatz 4: 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.

In unserem Überblick lernen Sie die wichtigsten Leistungen kennen, die wir bei Vorliegen von bestimmten Voraussetzungen dennoch erstatten können:

Stoßwellen- therapie

Voraussetzung für eine Erstattung: Es muss für die jeweilige Therapieform eine der genannten Diagnosen, beispielsweise in der Rechnung, wortgleich angegeben sein.

Die Stoßwellentherapie ist eine schonende Methode zur Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen

im Bewegungsapparat. Dabei werden außerhalb des Körpers (extrakorporal) Druckwellen erzeugt. Bei dieser extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) wird zwischen zwei Therapieformen unterschieden:

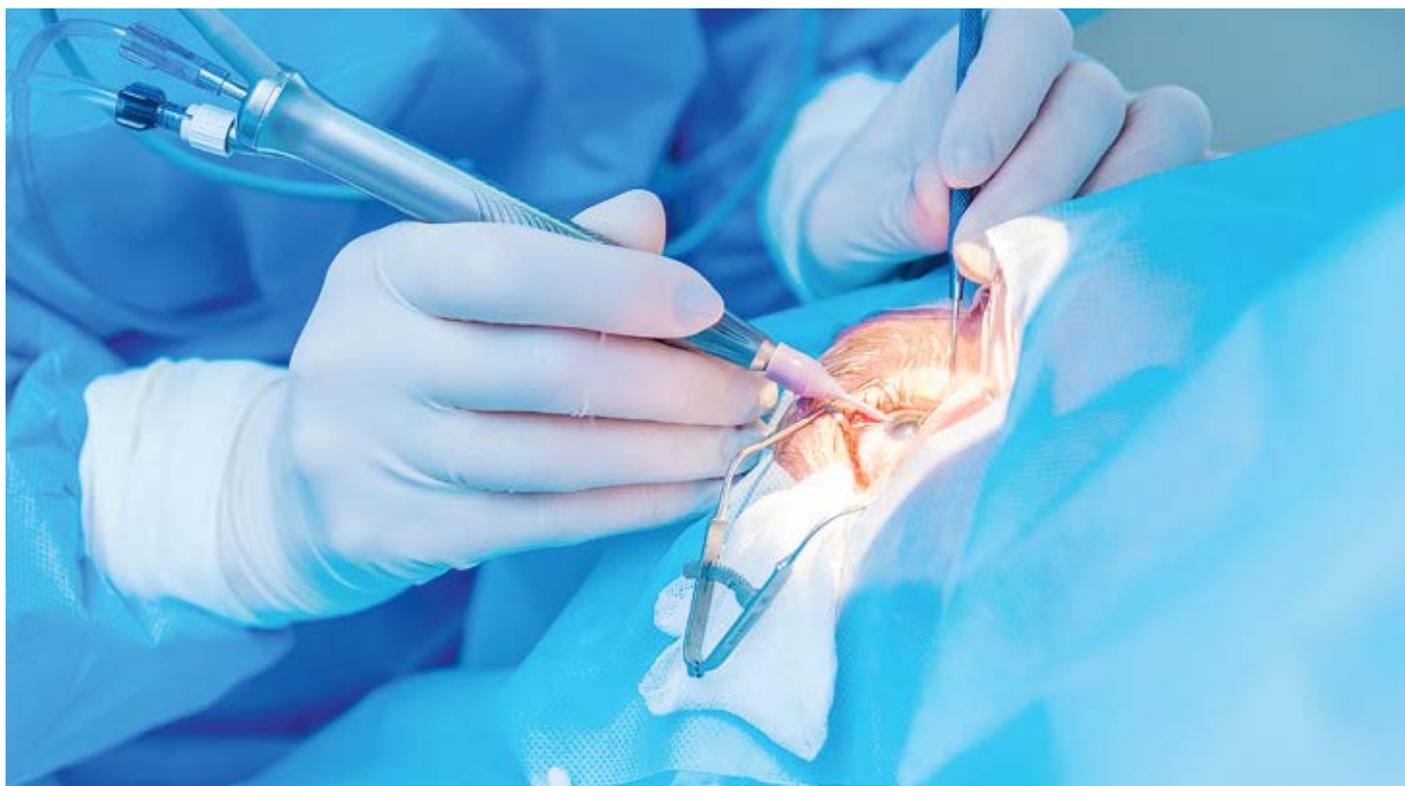
- **Radiale extrakorporale Stoßwellentherapie (r-ESWT)**
Erstattungsfähig ist diese zur Behandlung von „therapierefraktärer Epicondylitis humeri radialis“ oder „therapierefraktärer Fasciitis plantaris“ (nach GOÄ ist für diese Leistung die Gebührennummer 302 vorgesehen)
- **Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich**
Erstattungsfähig zur Behandlung von „Tendinosis calcarea“, „Pseudarthrose“, „Fasziitis plantaris“, „therapierefraktärer Epicondylitis humeri radialis“ oder „therapierefraktärer Achillo-dynie“ (nach GOÄ ist für diese Leistung die Gebührennummer 1800 vorgesehen)

Medizinische Notwendigkeit

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden regelt die Anlage 1 der Bundesbeihilfeverordnung (zu § 6, Abs. 2). So wird beispielsweise die Biophotonen-Therapie nicht und die Ozontherapie nur teilweise erstattet. Unter www.pbeakk.de finden Sie die vollständige Auflistung. Die Bundesbeihilfeverordnung regelt darüber hinaus unter § 6, Absatz 3 und 4, was mit einer medizinisch notwendigen Behandlung gemeint ist und legt damit fest, welche Erstattungen möglich sind:

Absatz 3: Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht.





Visus- verbessernde Maßnahmen

Aufwendungen für visusverbessernde Maßnahmen sind nur erstattungsfähig, wenn wir der Maßnahme vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt haben. Ausnahme: Bei Katarakt-Operationen ist keine Zustimmung erforderlich.

Mit visusverbessernden Maßnahmen sind insbesondere der Austausch natürlicher Linsen oder eine chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung gemeint.

Austausch natürlicher Linsen (z. B. Kataraktoperation)

Der Austausch einer natürlichen Linse erfolgt in der Regel bei der Augenerkrankung „grauer Star“. Der Graue Star (= die Katarakt) ist eine Augenerkrankung, bei der sich die

Augenlinse eintrübt. Dadurch lässt das Sehvermögen nach, vor allem feine Einzelheiten können nicht mehr klar gesehen werden. Ihr Augenarzt entscheidet zusammen mit Ihnen, ob die natürliche Linse durch eine Kunstlinse ersetzt werden sollte. Der Austausch der natürlichen Linse erfolgt durch eine Operation, die in der Regel ambulant durchgeführt wird. Dabei ist es nach der Rechtsprechung egal, ob die Operation mit einem Skalpell oder einem Laser durchgeführt wird. Nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist für diese Leistung die Gebührennummer 1375 vorgesehen. Die eingesetzte Kunstlinse wird zusätzlich als Auslage in Rechnung gestellt.

Unabhängig davon, welche Linse Sie gewählt haben: Erstattungsfähig ist eine Kunstlinse bis zu einem Höchstbetrag von 270 Euro je Auge. Höhere Kosten tragen Sie selbst.

Für unsere A-Mitglieder ist diese Operation über die Krankenversichertenkarte als Sachleistung vorgesehen.

Auch wichtig: Leistungen, die der Augenarzt nicht als Sachleistung erbringen kann, können im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) privat in Rechnung gestellt werden. Diese Rechnung kann mit einem Leistungsantrag zur Erstattung vorgelegt werden. Wir erstatten Ihnen dann die jeweils erstattungsfähigen Aufwendungen.

Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung (z. B. LASIK)

Voraussetzung ist, dass wir der Maßnahme vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt haben. Soll eine Operation zum Ersatz einer Brille durchgeführt werden, können wir die Kosten erstatten, wenn eine Korrektur nach augenärztlicher Feststellung durch eine Brille oder Kontaktlinsen nicht möglich ist. Ein Beispiel für eine solche Operation ist die LASIK (Laser-in-situ-Keratotomy). Übrigens: Wir raten Ihnen dazu, vor einem Eingriff eine zweite Meinung einzuholen!



Gentestungen

Der Gesundheitsmarkt bietet inzwischen sehr viele Formen der Gentestung an. Wir können Gentestungen erstatten, die aus Anlass einer Erkrankung zur Therapieentscheidung notwendig sind. Werden Sie von der Praxis auf mögliche Abrechnungsprobleme hingewiesen oder erhalten

Sie einen Kostenvoranschlag zur Genehmigung, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

Bei einem Gentest wird das Erbgut eines Menschen untersucht, meist um das Risiko für eine Erkrankung abzuschätzen, die Ursache von Zellveränderungen genau zu bestimmen oder um erblich bedingte Krankheiten festzustellen. Gentestungen zur Vorsorge sind ausschließlich in bestimmten Zentren im Fall der Teilnahme an Früherkennungsprogrammen für erblich belastete Personen

- mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko oder
- mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko

erstattungsfähig.

Patientenrechte

Wichtig für Sie: Als Patient können Sie gesetzlich geregelte Patientenrechte in Anspruch nehmen. Zum Beispiel sind Ärzte verpflichtet, Sie auf Risiken oder auch absehbare Erstattungsprobleme hinzuweisen. Mehr dazu unter www.pbeakk.de

Osteopathie

Bei der Osteopathie handelt es sich um ein manuelles Verfahren zur Untersuchung und Behandlung von Bewegungsapparat, Organen und Gewebe. Behandelt wird mit bloßen Händen. Osteopathische Leistungen werden von unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht. Entsprechend vielgestaltig sind auch die Abrechnungsvarianten. Einen Ratgeber „Osteopathie für alle Mitgliedergruppen“ finden Sie auf unserer Internetseite unter www.pbeakk.de.

Osteopathie durch Ärzte

Die Osteopathie ist in der GOÄ noch nicht enthalten. Der Arzt wird diese Leistung daher „analog“ abrechnen, dies bedeutet „entsprechend einer vergleichbaren Leistung“. Nach den Kassensätzen der PBeaKK und in Übereinstimmung mit der GOÄ können wir bis zu 78,58 Euro erstatten.

Osteopathie durch Heilpraktiker

Bitte beachten Sie: Heilpraktiker sind in ihrer Leistungsabrechnung frei. Die Bundesbeihilfe sieht daher Höchstbeträge vor. Als Versicherungsleistung der PBeaKK sind 90% dieser Höchstbeträge nach Anlage 2 BBhV erstattungsfähig. Hinweis für Mitgliedergruppe A: Sie erhalten bei Heilpraktikerleistungen anteilige Beihilfe, jedoch keine Versicherungsleistungen.

Osteopathie durch Physiotherapeuten

Wir benötigen mit der Vorlage der Rechnung eine ärztliche Verordnung. Erstattungsfähig sind entsprechend der Anlage 9 der BBhV „Nr. 11 manuelle Therapie“ bis zu 29,70 Euro je Sitzung. ■