

Beihilfavorschriften des Bundes* nebst Durchführungshinweisen (*kursiv*)

(Stand: 1. Januar 2005)

- * Auch gültig in den Ländern Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen (Abweichungen sind geregelt im Niedersächsischen Gesetz- und Verordnungsblatt vom 30.12.2004, S. 664), Sachsen (Abweichungen sind geregelt im Sächsischen Gesetz- und Verordnungsblatt vom 31.8.2004, S. 397), Sachsen-Anhalt und Thüringen, mit folgenden Abweichungen bei der stationären Unterbringung:
- In Berlin sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe b der Beihilfavorschriften nicht mehr beihilfefähig, mit Ausnahme für diejenigen Personen, die am Stichtag 1.4.1998 das 55. Lebensjahr vollendet hatten oder Versorgungsempfänger oder Schwerbehinderte gewesen sind. Berlin hat zum 1.1.2003 eine nach Besoldungsgruppen gestaffelte Kostendämpfungspauschale eingeführt: Die Beihilfe wird bei den Angehörigen der Besoldungsgruppen A7 bis A8 um 50 Euro, A9 bis A12 um 100 Euro, A13, A14, C1 und R1 bis zur 8. Lebensalterstufe um 100 Euro, A15, A16, B2, C2, C3 und R1 ab der 9. Lebensalterstufe und R2 um 310 Euro, B3 bis B7, C4, R3 bis R7 um 460 Euro, B8 bis B11 und R8 um 770 Euro gekürzt. Die Kostendämpfungspauschale vermindert sich um 35 Euro für jedes berücksichtigungsfähige Kind. Sie macht für Versorgungsempfänger 70 v.H. und für Witwen und Witwer 40 v.H. der genannten Beiträge aus.
 - In Schleswig-Holstein sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus nicht mehr beihilfefähig, mit Ausnahme für diejenigen Personen, die vor dem 1.3.1998 das 70. Lebensjahr vollendet hatten.
 - Brandenburg hat mit Wirkung vom 1.1.1999 die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus abgeschafft. Eine Ausnahme besteht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die am 31.12.1998 schwerbehindert gewesen sind.
 - Niedersachsen hat mit Wirkung vom 1.1.2005 die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus vollständig abgeschafft.
 - Mit Wirkung zum 1.7.2003 wird in Bayern nach Anwendung der persönlichen Bemessungssätze ein Selbstbehalt bei Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus von 25 Euro pro Aufenthaltstag im Krankenhaus abgezogen. Bei der Inanspruchnahme gesondert berechenbarer Unterkunft gilt § 6 Abs. 1 b) bb) begrenzt auf 30 Tage im Kalenderjahr.
 - Seit 1.9.2003 sind stationäre Wahlleistungen in Mecklenburg-Vorpommern nicht mehr beihilfefähig.

Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfavorschriften – BhV) in der Fassung vom 10.7.1995, zuletzt geändert am 30.2.2004

§ 1

Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

- (1) ¹Diese Vorschrift regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen. ²Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.
- (2) Diese Vorschrift gilt für Bundesbeamte und Richter im Bundesdienst sowie Versorgungsempfänger des Bundes.
- (3) ¹Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. ²Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; er ist nicht vererblich; jedoch ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger bezüglich des für seine Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrages einer Beihilfe zulässig.
- (4) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder als Pauschale gewährt.

Zu § 1

1. Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die dem Beamten und seiner Familie gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird.
2. Die Vorschriften gelten sinngemäß für die in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis zum Bund stehenden Personen, soweit sie keine Ansprüche nach § 27 AbgG haben, und für die Versorgungsempfänger aus diesem Personenkreis.

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

- (1) Beihilfeberechtigt sind
1. Beamte und Richter,
 2. 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,
 3. Witwen und Witwer sowie die in § 23 Beamtenversorgungsgesetz genannten Kinder der in Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen.
- (2) ¹Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 bezeichneten Personen besteht, wenn und solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld

oder Unterhaltsbeitrag erhalten. ²Sie besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden.

- (3) Als beihilfeberechtigt gelten unter den Voraussetzungen des § 16 Abs. 2 auch andere natürliche sowie juristische Personen.
- (4) Beihilfeberechtigt sind nicht
1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
 2. Beamte und Richter, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 6 Bundesbesoldungsgesetz) beschäftigt sind,
 3. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

Zu § 2

Zu Absatz 1

1. Die in Nummer 3 genannten Personen sind, soweit sie Ansprüche nach Absatz 2 haben, bereits von dem Tage an selbst beihilfeberechtigt, an dem der Beihilfeberechtigte stirbt.
2. Empfänger von Übergangsgeld nach § 47 BeamtVG sowie von Unterhaltsbeitrag auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.

Zu Absatz 2

1. Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen in Betracht § 22 Abs. 1 Satz 2, §§ 53 bis 56 und § 61 Abs. 2 und 3 BeamtVG, § 9a BBesG sowie § 10 Abs. 4 und 7 Postpersonalrechtsgesetz.
2. Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub ohne Bezüge (UoB) nach § 17 Abs. 3 Sonderurlaubsverordnung (SoUrlV) von längstens einem Monat unberührt.

Zu Absatz 4

1. Nach § 27 Abs. 1 AbgG erhalten Mitglieder des Deutschen Bundestages und Versorgungsempfänger nach diesem Gesetz einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der BhV. Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt.
2. Soweit die Mitglieder des Deutschen Bundestages, die zugleich Mitglieder der Bundesregierung oder Parlamentarische Staatssekretäre sind, sich für den Zuschuss nach § 27 Abs. 1 AbgG entscheiden, wird dieser von dem jeweils zuständigen Ministerium der Bundesregierung für den Deutschen Bundestag festgesetzt und gezahlt.
3. Mitglieder der Bundesregierung haben, wenn kein Anspruch nach § 27 Abs. 1 oder Abs. 2 AbgG besteht, Anspruch auf Beihilfen; dies gilt auch nach dem Ausscheiden aus ihrem Amt, sofern ein Anspruch auf Versorgungsbezüge besteht (vgl. Rundschreiben vom 17.12.1959, GMBI 1960 S.13).

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

- (1) ¹Berücksichtigungsfähige Angehörige sind
1. der Ehegatte des Beihilfeberechtigten,
 2. die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.
- ²Hinsichtlich der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt die Mutter des Kindes als berücksichtigungsfähige Angehörige.
- (2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht
1. Geschwister des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten,
 2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen,
 3. die Kinder*) eines Beihilfeberechtigten hinsichtlich der Geburt eines Kindes.

Zu § 3

Zu Absatz 1

1. Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 4 Abs. 3 zu beachten.
2. Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Familienzuschlag zusteht (z.B. Kinder von Beihilfeberechtigten, die Anspruch auf Anwärterbezüge haben) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden (vgl. hierzu § 4 Abs. 6, § 17 Abs. 3 Satz 3).
3. Solange der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt wird, bleiben die Kinder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig. Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird.
4. Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen demjenigen zu gewähren, bei dem der Betroffene bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger war.
5. Welchem Beihilfeberechtigten im Einzelfall die Beihilfe gewährt wird, ergibt sich aus § 17 Abs. 3 Satz 3.

§ 4

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

- (1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung
1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,
 2. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsbezüge aus.
- (2) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger vor.

*) Ausnahme siehe Rundschreiben vom 18. September 1985 (GMBI S. 524)

(3) ¹Die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. ²Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 79 Bundesbeamtengesetz gegen das Bundesisenbahnvermögen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) ¹Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer der Beihilfevorschriften des Bundes im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. ²Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(6) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt.

Zu § 4

Zu Absatz 1

Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig. Absatz 1 stellt klar, aus welchem Rechtsverhältnis eine Beihilfe beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften zu gewähren ist.

Zu Absatz 2

1. Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne der Absätze 2 und 5 nicht ausgeschlossen. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. Beispiel: Eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. Als Angestellte steht ihr insoweit keine Beihilfe zu, da sie in diesem Fall infolge der Verweisung auf Sachleistungen dem Grunde nach keine Beihilfeberechtigung aus ihrem Arbeitsverhältnis hat. Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin zu.

2. Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen (§ 5 Abs. 4 Nr. 7). Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

3. Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben und auf Grund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V bzw. keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist aus Fürsorgegründen Absatz 2 nicht anzuwenden. In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.

Zu Absatz 3

Die Hinweise zu Absatz 1 und 2 gelten entsprechend. Auf die Schlussregelung in § 5 Abs. 4 Nr. 3 wird hingewiesen.

Zu Absatz 5

Wird einem teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines Beamten der auf Grund Tarifvertrages zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen (z.B. § 5 Abs. 4 Nr. 3) erfüllt sind. Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund Tarifvertrag zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 5 Abs. 3 Satz 1). § 5 Abs. 4 Nr. 7 findet keine Anwendung. Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzung des § 9 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch des beamteten Ehegatten.

§ 5

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) ¹Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn

1. sie dem Grunde nach notwendig,
2. sie der Höhe nach angemessen sind und
3. die Beihilfefähigkeit nicht ausgeschlossen ist.

²Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, 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. ³Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen. ⁴Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes(-zahnarztes) einholen.

(2) ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht und bei Aufwendungen für einen Angehörigen dieser berücksichtigungsfähig ist. ²Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(3) ¹Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. ²Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind nach Maßgabe der Anlage 2 65 v.H. als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse errechnet. ³Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. ⁴Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 v.H. als zustehende Leistung anzusetzen. ⁵Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 Bundesversorgungsgesetz oder hierauf Bezug nehmende Vorschriften,
2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,
3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

⁶Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers und für von diesem verordnete Arznei- und Verbandmittel ohne Anwendung der Sätze 3 und 4 beihilfefähig.

(4) ¹Nicht beihilfefähig sind

1. Sach- und Dienstleistungen. ²Als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung. ³Bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragsatzes (§ 240 Abs. 3 a SGB V) bemisst oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch

- a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem SGB V,
- b) Aufwendungen – mit Ausnahme der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus –, die darauf beruhen, dass der Versicherte die beim Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat; dies gilt auch, wenn Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden.

⁴Dies gilt nicht für Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversicherung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,
3. die in den §§ 6 bis 10 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) des Ehegatten im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000 Euro übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf

Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür für Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung).

²Die oberste Dienstbehörde kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern die Gewährung von Beihilfen zulassen,

4. Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind,
5. Aufwendungen für Beamte, denen auf Grund von § 70 Bundesbesoldungsgesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften Heilfürsorge zusteht,
6. ¹Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. ²Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig,
7. Aufwendungen, die bereits auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4 Abs. 2 und 3 Satz 2) beihilfefähig sind,
8. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 4 SGB V verlangt wird,
9. Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 v.H. der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

(5) Abweichend von Absatz 4 Nr. 4 sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 87 a Bundesbeamtengesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt.

Zu § 5

Zu Absatz 1

1. Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ, § 1 Abs. 2 Satz 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

2. Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des § 10 beihilfefähig. Aufwendungen für andere vorbeugende Maßnahmen (z.B. ungezielte umfassende Untersuchungen – sog. check up) sind nicht beihilfefähig.

3. Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Fahr- und Unterkunftskosten (§ 6 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Buchstabe a) notwendig, wenn es sich um einen Problemfall handelt. Ein Problemfall liegt nur dann vor, wenn dies durch einen Arzt ausdrücklich bestätigt wird.

4.1 Die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zu Grunde zu legen sind. Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.

4.2 Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 5 Abs. 1 Satz 2) sind die Gebühren nach der GOÄ/GOZ auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt/Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z.B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet.

Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für alle anderen Benutzer verbindlich sind. Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden.

4.3 Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und

- Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind – § 1 Abs. 2 Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8.6.2000, veröffentlicht im BGBI. I S. 818 –. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Gebührensätze:
- Abschnitt B der GOÄ: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- bzw. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95;
 - Abschnitt G der GOÄ: 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.
- Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren durch vertrauensärztliche Gutachter, sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.
- 5.1 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nach § 5 Abs. 1 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen
- besonders schwierig war oder
 - einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
 - wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging
- und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z.B. Nr. 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nr. 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).
- 5.2 Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt/Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer/Zahnärztekammer oder eines medizinischen/zahnmedizinischen Gutachters einzuholen.
- 5.3 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig (vgl. Hinweis 1). Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen i.S. der Beihilfevorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Hinweis Nummer 5.1, 5.2 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern zugelassen werden.
6. Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2 a SGB V) beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standardtarifs zählen, nach § 5 b GOÄ, § 5 a GOZ und § 1 Abs. 1 GOP i.V.m. § 5 b GOÄ.
7. Abrechnungen auf der Basis eines DKG-NT (Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft) sind in voller Höhe beihilfefähig.
8. Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen vergleiche die als Anhang 1 beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht.
9. Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. Wird das Einverständnis verweigert und kann die

Berechtigung des Anspruchs nicht anderweitig nachgewiesen werden, wird eine Beihilfe nicht gewährt.

Zu Absatz 3

1. Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z.B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche auf Krankheitsfürsorge auf Grund Artikel 31 Abs. 2 des Statuts des Lehrpersonals der Europäischen Schulen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche nach dem BVG, und zwar auf Leistungen der Kriegspferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.
2. Satz 3 findet Anwendung z.B. bei privatärztlicher Behandlung.
3. Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615 a i.V.m. § 1610 Abs. 2, §§ 1615 ff. BGB). Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 5 Abs. 3 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. Daher kann die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.
4. Eine nach den BfV zustehende Beihilfe hat Vorrang vor den Leistungen nach dem BSHG (§ 2 Abs. 1 BSHG), auch wenn nach dem BSHG vorgeleistet wird. Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus dem Entschädigungsfond für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 PflVG.
5. Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 5 Nr. 3 gehören nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr auf Grund des BVG gewährt werden.

Zu Absatz 4 Nr. 1

1. Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z.B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel usw.), 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 BVG. Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.
2. Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249 a SGB V). Satz 3 gilt nicht für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag monatlich weniger als 21 Euro beträgt.
3. Da nach Satz 3 Buchstabe a bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. Festbeträge können gebildet werden für
 - Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
 - Hilfsmittel (§ 36 SGB V).
 Als Festbeträge gelten auch
 - die Vertragsätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V,
 - der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V,
 - der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V
 sowie
 - der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V.
4. Satz 3 Buchstabe b erfasst die Fälle, in denen sich der dort genannte Versicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z.B. privatärztliche Behandlung durch einen Kassenarzt). Hätte der Behandler im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung zu erbringen gehabt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. Gehört der Behandler oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Behandlerkreis, findet § 5 Abs. 3 Sätze 3 und 4 Anwendung.
5. Für Personen, die Leistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG oder hierauf Bezug nehmender Vorschriften erhalten, sowie für berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, ist Satz 3 nicht anzuwenden.

Zu Absatz 4 Nr. 2

Zuzahlungen bzw. Kostenanteile nach §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 3, 31 Abs. 3, 32 Abs. 2, 39 Abs. 4, 40 Abs. 5, 41 Abs. 3 und 60 Abs. 2 SGB V oder entsprechenden Regelungen sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V oder entsprechenden Regelungen ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Von der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. Bei den nicht durch Zuschüsse der Kasse gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen bzw. Kostenanteile.

Zu Absatz 4 Nr. 3

1. Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:
 - 1.1 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
 - 1.2 Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
 - 1.3 Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
 - 1.4 Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
 - 1.5 Einkünfte aus Kapitalvermögen,
 - 1.6 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
 - 1.7 sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG.
 Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.
2. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte keine Einkünfte mehr über 18.000 Euro und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze nach Nummer 3 nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr die Einkommensgrenze überschritten haben.
3. Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.

Zu Absatz 4 Nr. 4

Sofern der Ersatzanspruch nicht auf den Dienstherrn übergeht (vgl. Absatz 5), gilt das Rundschreiben vom 6.6.1980 – D III 6-213 103-4/13 – weiter.

Zu Absatz 4 Nr. 9

Nach § 53 SGB V 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). Soweit Selbstbehalte von der Krankenkasse festgesetzt werden, sind sie nicht beihilfefähig.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

(1) ¹Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen und Leistungen eines Heilpraktikers. ²Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2. ³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden,
2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei-, Verbandmittel und dergleichen. ²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - a) verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesaussschusses auf Grund § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind.

- b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Ausgenommen sind solche Arzneimittel, die nach den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V auf Grund von § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausnahmsweise verordnet werden dürfen. Satz 2 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
3. eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. ²Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. ³Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister oder Podologen durchgeführt werden. ⁴Das Bundesministerium des Innern kann Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen festlegen,
4. Anschaffung (ggf. 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. ²Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3. ³Dabei kann das Bundesministerium des Innern für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,
5. Erste Hilfe,
6. die vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115 a SGB V; die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), und zwar
- a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPFV, § 2 Abs. 2 KHEntG)
- b) Wahlleistungen
- aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPFV, §§ 16 und 17 KHEntG),
- bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 BPFV, §§ 16 und 17 KHEntG) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich,
- cc) andere im Zusammenhang damit berechnete Leistungen im Rahmen der Nummern 1 und 2.
- ²Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die BPFV oder das KHEntG nicht anwenden, sind die Kosten für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung beihilfefähig,
7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muss überwiegen. ²Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. ³Bei einer Pflege durch Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegeröhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:
- a) Fahrkosten,
- b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegatten und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.
- ⁴Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltenentgeltvertrag),
8. eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 6,00 Euro stündlich, höchstens 36,00 Euro täglich. ²Voraussetzung ist, dass
- a) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (Nummern 6 und 10 a, §§ 7, 8 und 9 Abs. 7) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,
- b) im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- c) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann, und

- d) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person – ausgenommen Alleinerziehende – nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist.
- ³Dies gilt auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung. ⁴Die Aufwendungen im Todesfall der haushaltführenden Person (Buchstabe a) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig. ⁵Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend. ⁶Werden anstelle der Beschäftigung 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. ⁷Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Satz 3 genannten Person sind – mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu 36 Euro täglich – nicht beihilfefähig,
9. Fahrten
- a) im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, ausgenommen einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reise,
- b) als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- c) als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
- d) zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationsersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder dies nicht durchführbar ist, wie zu einer stationären Krankenhausbehandlung bis zu einer Höhe von 200 Euro,
- e) zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.
- ²Dabei sind beihilfefähig Fahrtkosten bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung. ³Höhere Fahrtkosten sind nur beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. ⁴Bei Fahrten nach den Buchstaben b und c sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig,
10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich. ²Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich beihilfefähig. ³Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
- b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 5,50 Euro täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 9 Abs. 7 oder 9,
11. Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. ²Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen,
12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,
13. eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel. Die Rege-

lungen des § 27 a SGB V gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Krankenkasse die Festsetzungsstelle tritt,

14. eine Sterilisation, die aufgrund einer Krankheit erforderlich ist.
- (2) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für bestimmte ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen, insbesondere der Kieferorthopädie, vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen.
- (3) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für bestimmte ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen, insbesondere der Kieferorthopädie, vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen.
- (4) ¹Werden Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 3 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von § 5 Abs. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 3 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind, beihilfefähig. ²Eine Komplextherapie wird von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht, dem auch Ärzte, Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinfachberufen im Sinne von Absatz 1 Nr. 3 Satz 3 angehören müssen.
- (5) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließen für
1. Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden,
 2. unwirtschaftliche Arzneimittel,
 3. Heilbehandlungen und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis.

Zu § 6

Zu Absatz 1

Legasthenie ist keine Erkrankung i.S. des § 6 Abs. 1. Aufwendungen für eine derartige Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 1

1. *Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.*
2. *Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig. Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne sowie der Nr. 002 des Gebührenverzeichnisses der GOZ beihilfefähig.*
3. *Die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind durch eine dem § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ entsprechende Regelung des Zahnarztes oder Dentallabors nachzuweisen; sie sind im Rahmen der Nummer 1 der Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 beihilfefähig.*
4. *Das Seitenzahngelände (Nr. 5 Satz 1 der Anlage 2) beginnt ab Zahn 4. Für die Größe der Brücke ist die Anzahl der nebeneinander liegenden, durch Brückenglieder zu ersetzenden Zähne maßgebend. Überschreitet die zu ersetzende Lücke die jeweilige Obergrenze von 3 bzw. 4 Zähnen, sind die hierauf entfallenden Material- und Laborkosten (Mehrkosten) nicht beihilfefähig.*

Beispiel:

K = Krone (GOZ-Nummern 501 bzw. 502, 503, 504)
 B = Brückenglied (GOZ-Nummer 507, je Einzelbrücke einmal berechenbar)

1.) 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
 K B B B K

Da die Obergrenze nicht überschritten wird, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

- 2.) 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
K B B B B K

Die für den Seitenzahnbereich bestehende Obergrenze wird überschritten. Die auf ein Brückenglied entfallenden anteiligen Material- und Laborkosten (Mehrkosten) sind nicht beihilfefähig.

- 3.) 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
K B B B B K B B K

Es handelt sich im beihilferechtlichen Sinn um zwei Einzelbrücken, die die jeweils maßgebende Obergrenze von vier Zähnen nicht überschreiten. Die Aufwendungen sind beihilfefähig.

5. Voranerkennungsverfahren gemäß Nummern 2 und 3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1:

- 5.1 Die Festsetzungsstelle beauftragt einen vom Bundesministerium des Innern bestellten vertrauensärztlichen Gutachter (siehe Verzeichnis unter Nummer 5.6) mit der Erstellung eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung sowie mit der Bewertung der Angaben des Arztes oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeuten genannt) in den Formblättern 1 und 2 (siehe Nummer 5.7).

- 5.1.1 Zu diesem Zweck hat der Beihilferechtigte der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat er (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.

- 5.1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt 2 a (siehe Nummer 5.7) den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz – PsychThG, BGBl. I 1998, S. 1311) einholen.

- 5.1.3 Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und ggf. das Formblatt 2 a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilferechtigten/Patienten.

- 5.1.4 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit Formblatt 3 (siehe Nummer 5.7) einen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt 4 (siehe Nummer 5.7) und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),
b) das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie),
c) das Formblatt 4, in dreifacher Ausfertigung,
d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

- 5.1.5 Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach Formblatt 4 („Psychotherapie-Gutachten“) – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Diese leitet eine Ausfertigung des „Psychotherapie-Gutachtens“ an den Therapeuten weiter.

- 5.1.6 Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilferechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt 5 (siehe Nummer 5.7).

- 5.2 Legt der Beihilferechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen.

- 5.2.1 Zu diesem Zweck hat der Beihilferechtigte (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen „Erstbericht“ an den Gutachter auf Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden sollte.

- 5.2.2 Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilferechtigten/Patienten.

- 5.2.3 Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen vertrauensärztlichen Obergutachter (siehe Verzeichnis unter Nummer 5.6) mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),

- b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten.
Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in den Nummern 2.4.1 bis 2.4.4 und 3.4.1 bis 3.4.3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

- 5.2.4 Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle.

- 5.2.5 Auf Grundlage der (ober-)gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilferechtigten einen Widerspruchsbescheid.

- 5.3 Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummern 2.3 und 3.3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1) leitet die Festsetzungsstelle den vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumschlag dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat. Dabei ist das Formblatt 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. Im Übrigen gelten die Nummern 5.1.5 bis 5.2.5 entsprechend.

- 5.4 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur gutachterlichen Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachtern und Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.
Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro und des Obergutachtens in Höhe von 82 Euro jeweils zuzüglich der Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, trägt die Festsetzungsstelle (Beihilfeteil).

- 5.5 Die Festsetzungsstelle kann von dem beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren nach Nummer 5 absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilferechtigten (oder des Patienten) bereits eine Leistungszusage auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Therapeuten ergeben. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1.

- 5.6 und 5.7 (Aus Platzgründen wurde von einem Abdruck abgesehen.)

Zu Absatz 1 Nr. 2

1. Grundsätzlich sind seit dem 1.8.2004 nur noch verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der Verordnung ausgeschlossen. Hierzu gehören insbesondere Lifestyle-Arzneimittel zur Behandlung von erektiler Dysfunktion, Nikotinabhängigkeit, Verbesserung des Haarwuchses sowie Abmagerungsmittel, die in Anlage 8 der Richtlinie zu § 34 Abs. 1 n.F. SGB V explizit aufgeführt sind (www.g-ba.de).

2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind, es sei denn, in Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) ist etwas anderes bestimmt. Zu dieser Arzneimittelgruppe gehören auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie. Voraussetzung für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist die Angabe der Diagnose. Falls diese nicht aus vorliegenden Liquidationen oder Unterlagen zu erkennen ist, ist vom Beihilferechtigten eine Bestätigung des behandelnden Arztes beizubringen.

3. Bei den homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist zu beachten, dass nach den Grundsätzen der klassischen Homöopathie jede Behandlung mit einem individuell auf den Patienten, sein Persönlichkeitsprofil und sein jeweiliges Krankheitsbild abgestimmten Arzneimittel erfolgt. Das gleiche Arzneimittel kann dadurch bei ganz unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt werden. Bei diesen Mitteln ist daher ausschließlich auf eine Diagnose nach Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) abzustellen.

4. Bei der Verordnung von Arzneimitteln durch Heilpraktiker gelten die gleichen Bestimmungen.

5. Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

6. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z.B. D-Fluorettene, Vigantolefette) bei Säuglingen und Kleinkindern.

7. In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für vollbilanzierte Formeldiäten beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig sind bei

- Ahornsirupkrankheit
- Colitis ulcerosa
- Kurzdarmsyndrom
- Morbus Crohn
- Mukoviszidose mit starkem Untergewicht
- Phenylketonurie
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z.B. Mundboden- und Zungenkarzinom)
- TumortheraPIen (auch nach der Behandlung)
- postoperativer Nachsorge.

8. Aufwendungen für vollbilanzierte Formeldiäten, die für Säuglinge und Kleinkinder bei Neurodermitis für diagnostische Zwecke eingesetzt werden, sind für einen Zeitraum von einem halben Jahr beihilfefähig.

9. Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption sind nur bei Personen bis zur Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres beihilfefähig, es sei denn, sie werden als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.

10. Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel, für die ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt wurde und deren Abgabepreis über dem Festbetrag liegt, sind nur dann bis zur Höhe des Festbetrages beihilfefähig, wenn diese Arzneimittel vom Arzt auf der Verordnung mit dem Buchstaben „Z“ gekennzeichnet sind.

Zu Absatz 1 Nr. 3

1. Die in Satz 3 genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich anerkannte Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Rd. Erlass vom 30.7.1979, Nds. MBl. S. 1499) oder staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7.6.1990, Nds. GVBl. S. 157) im Rahmen des Hinweis 3, Abschnitt VIII. (Lagopädie) als beihilfefähig anerkannt werden. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.

2. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für die in Hinweis 3 genannten Heilbehandlungen. Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilbehandlungen, die weder in Hinweis 3 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern.

- 2.1 Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses – sind bei Vorliegen folgender Voraussetzungen beihilfefähig:

- 2.1.1 Erweiterte ambulante Physiotherapie
Leistungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie werden nur auf Grund einer Verordnung von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen anerkannt:

- 2.1.1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
- frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und/oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
 - nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
 - instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und/oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik
 - lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kypnose > 50° nach Copp

- 2.1.1.2 Operation am Skelettsystem
- posttraumatische Osteosynthesen
 - Osteotomien der großen Röhrenknochen
- 2.1.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungsseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit
- Schulterprothesen
 - Knieendoprothesen
 - Hüftendoprothesen
- 2.1.1.4 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, tendinitis calcarea, periarthritis humero-scapularis (PHS)
 - Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss
- 2.1.1.5 Amputationen.
- 2.1.2 Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärzte reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
- 2.1.3 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/Bindegewebsmassage
 - Isokinetik
 - Unterwassermassage.
- 2.1.4 Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.
- 2.1.5 Die in Nr. 2.1.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.
- 2.2 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 Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
 - Therapieplanung und Ergebniskontrolle von 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. Hinsichtlich der Angemessenheit der Kosten siehe Anhang 1 zu Hinweis 8 zu § 5 Abs. 1 und Nr. 15 des Hinweises 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 BfV. 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.
3. Für Heilbehandlungen eines Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Podologen, Masseurs oder Masseurs und medizinischen Bademeisters werden für die Angemessenheit der Aufwendungen nachstehende Höchstbeträge festgelegt. Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

lfd. 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

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
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),5)} auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, 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 Mukoviszidose 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),6)} , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13.	Chirogymnastik ⁷⁾ – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40
14.	Erweiterte ambulante Physiotherapie ^{10),11)} , je Behandlungstag	81,90
15.	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MIT) ¹²⁾ Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
16.	Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20

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 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 4-6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden

13) Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
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-, Perist-, Bürsten- und Colonmassage) ²⁾	13,80
19.	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾	
	a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	8,70
20.	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneneinhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmeseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21.	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30
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)	11,80
	– bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,50
	Teilpackung	28,20
	Großpackung	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.	7,70
	– Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkompre	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
23.	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselheilguss	3,10
	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 –	20,00

Meter Entfernung sehen kann. Besteht bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlin-
senversorgung auf einem Auge eine Sehleistung von
≤0,3 (kleiner oder gleich 30 %), auf dem anderen
bei bestmöglicher Korrektur eine Sehbehinderung von
> 0,3 (größer als 30 %), besteht kein Leistungsan-
spruch. Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3
auf einem Auge allein reicht somit für einen Leistungsan-
spruch nicht aus.

Die Indikation (Indikationsschlüssel) ist auf der Verordnung
anzugeben. Die Angabe der Dioptrien ist nicht ausreichend
bzw. erforderlich.

Maßgebliche Indikationen; Codierungsschlüssel gemäß
ICD-10-Klassifikation (ICD-10-GM-Version 2004, Kapitel
VII, Krankheiten des Auges und der Augenanhangsge-
bilde)

- H 54.0 Blindheit beider Augen
Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider
Augen.
- H 54.1 Blindheit eines Auges und Sehschwäche des
anderen Auges
Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung eines
Auges, Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung des
anderen Auges.
- H 54.2 Sehschwäche beider Augen
Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider
Augen.

Der Begriff „Sehschwäche“ in der Kategorie H 54 schließt
die Stufen 1 und 2 der nachfolgenden Tabelle ein, der
Begriff „Blindheit“ die Stufen 3, 4, 5. Wenn die Größe des
Gesichtsfeldes mitberücksichtigt wird, sollten Patienten,
deren Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht größer als
10 Grad, aber größer als 5 Grad ist, in die Stufe 3 einge-
ordnet werden; Patienten, deren Gesichtsfeld bei zentraler
Fixation nicht größer als 5 Grad ist, sollten in die Stufe 4
eingeteilt werden, auch wenn die zentrale Sehschärfe
nicht herabgesetzt ist.

über die Verordnung von Hilfsmittel in der vertragsärzt-
lichen Versorgung „Hilfsmittel-Richtlinien“), in denen die
Indikationen für therapeutische Sehhilfen festgelegt sind.
Es gelten die für die Hilfsmittel vorgesehenen Abzugsbe-
träge.

Zu Absatz 1 Nr. 6

1. Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann
nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhauslei-
stungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem
Zweibettzimmer umfassen; dies gilt sinngemäß für Kran-
kenhäuser, die die BPAV nicht anwenden. Umfassen die all-
gemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und
mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur
Einbettzimmer angeboten, sind 50 v.H. dieser Wahllei-
stung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro
täglich beihilfefähig.
2. Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten
Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihil-
fefähig anerkannt, die auf Grund der medizinischen Not-
wendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.
3. Die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus,
die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ist durch den
Pflegesatz nach der BPAV abgegolten; die Kosten für die
Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Kran-
kenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig.
Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht
notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht
beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen
für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des
Krankenhauses bis zur Höhe von 13,00 Euro täglich als
beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststel-
lung des Amts- oder Vertrauensarztes oder nach ärztlicher
Notwendigkeitsbescheinigung die Unterbringung der
Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine
stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkran-
kung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Bezeichnung gemäß ICD	Stufen der Sehbeeinträchtigung gemäß WHO	Sehschärfe mit bestmöglicher Korrektur	
		Maximum weniger als:	Minimum bei oder höher als:
Sehschwäche	1	6/18 3/10 (0,3) 20/70	6/60 1/10 (0,1) 20/200
Sehschwäche	2	6/60 1/10 (0,1) 20/200	3/60 1/20 (0,05) 20/400
Blindheit	3	3/60 1/20 (0,05) 20/400	1/60 (Fingerzählen bei 1 m) 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200)
Blindheit	4	1/60 (Fingerzählen bei 1 m) 1/50 (0,02) 5/300	Lichtwahrnehmung
Blindheit	5	keine Lichtwahrnehmung	

- Erhebliche Gesichtsfeldausfälle
Einschränkungen des Sehvermögens im Hinblick auf
das Sehfeld, dabei wird unterschieden zwischen
peripherem und zentralem Gesichtsfeldausfall. Nach
fachärztlicher Bescheinigung können beihilfeseitig
z.B. die Aufwendungen bei folgenden Indikationen
Hemianopsie
Quadrantenanopsie
Skotom
Tunnel- oder Röhrensehen
Maculadegeneration
anerkannt werden.

Bei erneuter Beschaffung einer Sehhilfe ist immer eine
ärztliche Verordnung erforderlich. Die Indikation (Diagno-
seschlüssel H 54.0 bis H 54.2) muss auf der Verordnung
angegeben sein.

5.2 Therapeutische Sehhilfen

Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen gemäß Num-
mer 12 Satz 2 der Anlage 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 sind
altersunabhängig und für alle Beihilfeberechtigten und
berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig. Die
Beihilfefähigkeit richtet sich dabei nach den Beschlü-
ssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (Richtlinien
des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkasse

4. Nach § 14 Abs. 6 BPAV dürfen zusätzlich zu einer Fall-
pauschale Sonderentgelte, ein teilstationärer Pflegesatz für
Dialysepatienten sowie bestimmte Zuschläge berechnet
werden. Entsprechende Aufwendungen sind beihilfefähig.
Dies gilt auch für den Investitionszuschlag nach § 14
Abs. 8 BPAV, den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des
Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechn-
ungstag eines tageseigenen Pflegesatzes sowie jeden
Belegungstag bei Fallpauschalen berechnen. Beihilfefähig
ist auch der Zuschlag (DRG-Systemzuschlag), der von Kran-
kenhäusern nach dem Gesetz zur Änderung des Kranken-
hausfinanzierungsgesetzes und der BPAV (DRG-Systemzu-
schlags-Gesetz vom 27.4.2001, BGBl. I S. 772) berechnet
wird.
5. Aufwendungen für eine gemäß § 22 BPAV in Rechnung
gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder
Zweibettzimmer“ für den Entlassungstag sind nicht beihil-
fefähig.
6. Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen
nach § 23 BPAV sind neben den wahlärztlichen Leistungen
nach § 22 BPAV beihilfefähig.
7. Zu vollstationären oder teilstationären Krankenhauslei-
stungen zählen auch stationäre und teilstationäre Lei-
stungen zur Rehabilitation, die sich unmittelbar an eine Kran-

kenhausbehandlung anschließen (Anschlussrehabilitation).
Als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maß-
nahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die
Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen
oder medizinischen Gründen nicht möglich.

8. Für die Vergleichsberechnung bei Behandlung in Privatkli-
niken sind grundsätzlich die Kosten für die dem Wohnort
nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universi-
tätsklinik) ggf. einschließlich der Kosten für die Wahllei-
stung Unterbringung nach Buchstabe b Doppelbuchstabe
bb heranzuziehen. Bei dem Kostenvergleich sind jeweils die
Bruttobeträge (einschließlich Umsatzsteuer) gegenüberzu-
stellen. Bei Anschlussrehabilitation ist ein diesbezüglicher
Kostenvergleich nicht erforderlich.

Zu Absatz 1 Nr. 7

1. Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in
Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grund-
pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie ggf. der
Behandlungspflege bedürfen:
 - a) Zur Grundpflege zählen die Bereiche Mobilität und
Motorik (z.B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und
Auskleiden), Hygiene (z.B. Körperpflege, Benutzung
der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
 - b) Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbe-
sondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung,
Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Klei-
dung, das Beheizen.
 - c) Die Behandlungspflege umfasst insbesondere Ver-
bandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einrei-
bungen.

Die ärztliche Bescheinigung muss Angaben über Art, Dauer
und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.

2. Bei einer häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspfle-
gekraft sind die Aufwendungen bis zur Höhe der örtlichen
Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder
frei gemeinnützigen Träger beihilfefähig. Bis zu dieser
Höhe sind auch die Aufwendungen für eine vom Arzt für
geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.
Durchschnittliche Kosten einer Krankenpflegekraft sind die
monatliche feste Vergütung einer Angestellten in der
VergGr. Kr. V der Anlage 1 b zum BAT (Endstufe der Grund-
vergütung, Ortszuschlag nach Tarifklasse II Stufe 2, Allge-
meine Zulage, Pflegezulage, anteilige Zuwendung sowie
anteiliges Urlaubsgeld zuzüglich der Arbeitgeberanteile);
das Bundesministerium des Innern gibt den jeweiligen
Höchstsatz bekannt. Bis zu dieser Höhe können auch die
Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksich-
tigt werden. Erfolgt die Krankenpflege nicht für den
gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend
zu mindern.
3. Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem
Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflege-
bedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allge-
meinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis
zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig.
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht
beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 8

1. Die Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 sind auch dann
insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher
Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Kran-
kenhausaufenthalt (Nummer 6) durch eine Familien- und
Haushaltshilfe vermieden wird; Entsprechendes gilt für
alleinstehende Beihilfeberechtigte. Nur geringfügig ist eine
Erwerbstätigkeit dann, wenn die regelmäßige wöchentliche
Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regel-
mäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten
beträgt. Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind nicht
erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als
Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. Abwei-
chend hiervon können Aufwendungen für eine Familien-
und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden,
wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleit-
person eines stationär aufgenommenen Kindes im Kran-
kenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung des
Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes
und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden
schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwen-
dig ist. Dies gilt auch in dem in Hinweis 3 Satz 3 zu Absatz
1 Nr. 6 geregelten Fall.
2. Ein besonderer Fall i.S. von Satz 3 liegt nur dann vor, wenn
der Erkrankte nach stationärer Unterbringung die Führung
des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht –
auch nicht teilweise – wieder übernehmen kann.

3. Als Alleinerziehende gelten Mütter oder Väter, die mit ihrem berücksichtigungsfähigen Kind, für das ihnen die Personensorge übertragen ist, in einem Haushalt leben.

Zu Absatz 1 Nr. 9

1. Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
2. Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung können in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig sein. Diese Fahrten bedürfen dem Grunde nach der vorherigen Genehmigung der Festsetzungsstelle. Die Genehmigung der Fahrkosten zur Beihilfefähigkeit von ambulanten Behandlungen gilt als erteilt, wenn
 - der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung); „Bl“ (blind) oder „H“ (hilfflos) vorlegt oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweist,
 - Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.
3. Fahrkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort des Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der nächst gelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.

Zu Absatz 1 Nr. 10

1. Buchstabe b setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung (stationäre Unterbringung) voraus. Eine Unterbringung nur tagsüber (teilstationäre Unterbringung) reicht nicht aus. Buchstabe b findet deshalb bei teilstationärer Unterbringung keine Anwendung.
2. Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken und Behinderten dienen, können insbesondere Heimsonderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangsheime für Suchtkranke sein. Voraussetzung ist, dass die Unterbringung anlässlich einer Heilbehandlung nach Absatz 1 Nr. 3 erforderlich ist.
3. Betten- und Platzfreihaltgebühren, die für die Unterbringungen durch Krankheit des Behandelten erhoben werden, sind bis zu insgesamt 5,50 Euro täglich beihilfefähig. Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Behandelten liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen je Abwesenheit.

Zu Absatz 1 Nr. 11

Die Aufwendungen für die Registrierung sind nach Absatz 1 Nr. 1 beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 13

1. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 v.H. der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.
 - 1.1 Behandlungsmethoden und Indikationen:
 - a) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, ggf. nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, ggf. nach Stimulation mit Antiöstrogenen, Indikationen: somatische Ursachen (z.B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkonstenose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität
 - b) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen, Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität
 - c) In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygoten-Transfer oder als intratubarer

Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer),

Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind

d) Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT),

Indikationen: anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind

e) Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioграмme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermias die Grenzwerte gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten.

1.2 Begrenzung der Versuchsanzahl

- Insemination nach hormoneller Stimulation, IVF und ICSI bis zu 3 Versuchen
 - Insemination im Spontanzyklus bis zu 8 Versuchen
 - Intratubarer Gametentransfer bis zu 2 Versuchen
- Anspruch auf Neubeginn der Versuchsanzahl nach Geburt eines Kindes oder nach einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft.

Ein Versuch ist immer dann als beendet anzusehen, wenn dies medizinisch festgestellt wurde.

1.3 Anspruch auf Leistungen der künstlichen Befruchtung

besteht nur für weibliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. Für männliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige besteht ein diesbezüglicher Anspruch von der Vollendung des 25. bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Die maßgebliche Altersgrenze für beide Partner muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. Liegt nur bei einem die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.

2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation.

Außerdem sind Aufwendungen für die Kryokonservierung von Spermazellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig.

3. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

4. Hinsichtlich der Zuordnung der Aufwendungen der ICSI und der IVF-Behandlungen gilt das Kostenteilungsprinzip:

- Bei der IVF entstehende Aufwendungen (einschl. Hormonbehandlung) sind der Frau zuzuordnen.
- Bei der ICSI sind die Aufwendungen, die über die IVF hinausgehen, dem Mann zuzurechnen.

Zu Absatz 1 Nr. 14

Die Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, kann nicht als Krankheit anerkannt werden und die entsprechenden Aufwendungen sind damit nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 2

1. Völliger Ausschluss

Gemäß Satz 1 wird für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausgeschlossen:

- 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)

- Autohologe Immuntherapien (z.B. ACTI-Cell-Therapie)

- Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr

B

- Ayurvedische Behandlungen, z. B. nach Maharishi

- Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr

- Biophotonen-Therapie

- Bioresonanztests

- Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen

- Bogomoletz-Serum

- Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomiileus) nach Prof. Barraquer

C

- Bruchheilung ohne Operation

- Chelat-Infusionstherapie

- 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 Umstimmungsbildung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität

H

- Heileurhythmie

- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

I

- Immuno-augmentative Therapie (IAT)

- Immunsenen (Serocytol-Präparate)

- Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (z.B. Hämatogene Oxidationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne)

K

- Kariesdetektor-Behandlung

- Kinesiotherapie Behandlung

- Kirlian-Fotografie

- Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur)

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

- Modifizierte Eigenblutbehandlung (z.B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antithaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Gegengensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie

- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

- Pscytron-Therapie

- Pulsierende Signaltherapie (PST)

- Pyramidenenergiebestrahlung

R

- Regeneresen-Therapie

- Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen

S

- Roling-Behandlung

T

- Schwingfeld-Therapie

V

- Thermoregulationsdiagnostik

- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose

- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

- Zellmilieu-Therapie

2.

Teilweiser Ausschluss

Gemäß Satz 1 wird für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen begrenzt:

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
- Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. In Zweifelsfällen ist eine Bestätigung durch einen Gutachter einzuholen.

- Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea (Kalkschulter) oder der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche)

che). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach GOÄ-Ziffer 1800 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, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.**

– **Lanthanosol-Aerosol-Inhalationskur**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z.B. mit Aludrin.

– **Magnetfeldtherapie**

Die Therapie mit Magnetfeldern ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophen Pseudarthrose 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 auf Grund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes 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. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 des Hinweises 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 zugeordnet.

– **Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

3. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.

Zu Absatz 4

1. **Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und ggf. nichtärztliches Personal durchgeführt werden. Die Beteiligung eines Arztes muss dabei sichergestellt werden. Zu den Komplextherapien gehören u.a. Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitustherapien (Pauschalabrechnung), ambulante Chemotherapie nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen.**
2. **Nicht zu den Komplextherapien zählen u.a. die Soziotherapie und die psychiatrische Krankenpflege.**
3. **Stationäre Komplextherapie bedeutet die Einheit zwischen klinisch stationärer Behandlung und Rehabilitationsmaßnahme.**

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

(1) ¹Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens 3 Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums und unter Minderung nach § 12 Abs. 1. ²Für Begleitpersonen schwerbehinderter Menschen sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 v.H. des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist, dass
 - a) die Notwendigkeit einer Begleitperson behördlich festgestellt ist und
 - b) die Notwendigkeit ihrer Anwesenheit für eine Erfolg versprechende Behandlung durch das Sanatorium bestätigt wurde.

3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,

4. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,

5. für den ärztlichen Schlussbericht und

6. für die An- und Abreise in Höhe von 0,20 Euro je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200 Euro, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. ⁴Die Entfernungskilometer bestimmen sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Sanatorium zurückzulegenden Strecke. ⁵Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

(2) ¹Die Aufwendungen nach Absatz 1 Nr. 2 bis 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,

2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. ²Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(3) ¹Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. ²Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden

1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung,

2. in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist; in diesen Fällen ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen,

3. bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

(4) Sanatorium im Sinne dieser Vorschrift ist eine Krankenanstalt, die unter ärztlicher Leitung besondere Heilbehandlungen (z. B. mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie) durchführt und in der die dafür erforderlichen Einrichtungen und das dafür erforderliche Pflegepersonal vorhanden sind.

Zu § 7

Zu Absatz 1

1. **Bei einer anerkannten Sanatoriumsbehandlung gelten für die in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Heilbehandlungen die in den Hinweisen hierzu festgesetzten Höchstbeträge ebenfalls.**

2. **Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine Sanatoriumsbehandlung bis zu drei Wochen beihilfefähig. Ergibt sich im Verlauf der Sanatoriumsbehandlung, dass über den von der Festsetzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der Sanatoriumsbehandlung durch die Festsetzungsstelle auch auf Grund eines fachärztlichen Gutachtens des im Sanatorium behandelnden Arztes erfolgen.**

3. **Bei der Durchführung von Sanatoriumsbehandlungen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtung über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügt. Von diesem Grundsatz kann abgewichen werden, wenn im Einzelfall aus medizinischen Gründen die Mitnahme einer Begleitperson zwingend erforderlich ist. Dies kann notwendig sein, wenn**

– wegen schwerwiegenden psychologischen Gründen eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der

Sanatoriumsbehandlung gefährden würde, oder
– der Betroffene wegen einer schweren Behinderung, z.B. Blindheit, einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, oder
– während der Sanatoriumsbehandlung eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.

Der behandelnde Arzt muss vor der beihilferechtlichen Anerkennung der Sanatoriumsbehandlung bestätigen, dass die Anwesenheit einer Begleitperson für den Erfolg der Behandlung dringend geboten ist.

4. **Nach Nummer 5 sind die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts beihilfefähig. Der Schlussbericht soll bestätigen, dass die Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.**

5. **Bei einer Sanatoriumsbehandlung sind als Fahrkosten 0,20 Euro je Kilometer für die An- und Abreise höchstens jedoch insgesamt bis zu 200 Euro als beihilfefähig anzuerkennen. Dabei ist das benutzte Beförderungsmittel ohne Belang. Führen Beihilferechtliche und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur gleichen Zeit und in derselben Einrichtung gemeinsam eine Sanatoriumsbehandlung durch, zählt das als eine Fahrt; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.**

Zu Absatz 2

1. **Für den Anerkennungsbescheid nach § 7 Abs. 2 Nr. 2 kann folgendes Formblatt 7 verwendet werden: (Vom Abdruck des Formblattes 7 wurde aus Platzgründen abgesehen.)**

2. **Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Sanatoriumsbehandlung nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 beihilfefähig.**

Zu Absatz 3

Bei der Anwendung von Satz 2 Nr. 1 muss eine wiederholte Behandlung in einem Sanatorium zur Nachsorge der schweren Erkrankung erforderlich sein, die den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Sanatorium notwendig gemacht hatte; auf einen engen zeitlichen Zusammenhang kommt es nicht an.

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

(1) Aufwendungen für eine Heilkur sind nur beihilfefähig für Beamte und Richter (§ 2 Abs. 1 Nr. 1) mit Dienstbezügen, Amtsbezügen und Beamte mit Anwärterbezügen.

(2) Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,

2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen bis zum Betrag von 16,00 Euro täglich, für notwendige Begleitpersonen von schwerbehinderten Menschen im Sinne von § 7 Abs. 1 Nr. 2 bis zum Betrag von 13,00 Euro täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 Euro täglich beziehungsweise 10,00 Euro täglich für die Begleitperson hinausgehen,

3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,

4. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,

5. für den ärztlichen Schlussbericht und

6. für die An- und Abreise nach § 7 Abs. 1 Nr. 6.

³Sofern die Aufwendungen nach den Nummern 1 und 2 pauschal in Rechnung gestellt werden und für diese eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis unter Minderung nach § 12 Abs. 1 begrenzt.

(3) ¹Die Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes, ersetzt werden kann,

2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. ²Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

- (4) ¹Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur ist nicht zulässig,
1. wenn der Beihilferechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. ²Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während der Elternzeit und der Beurlaubung nach § 72 a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 7 des Bundesbeamtengesetzes oder § 48 a Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 Deutsches Richtergesetz sowie während einer Zeit, in der der Beihilferechtigte 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,
 2. wenn im Laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. ²Von 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,
 3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
 4. 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,
 5. solange der Beihilferechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.
- (5) Bei Anwendung des Absatzes 4 Nr. 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei
1. Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage,
 2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 v.H. aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden, der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.
 - (6) Heilkur im Sinne dieser Vorschrift ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis enthaltenen Kurort durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgelunden sein.
 - (7) ¹Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer anderen nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannten Einrichtung sind nach Maßgabe des Absatzes 2 für Beihilferechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig. ²Die Absätze 3 und 4 gelten sinngemäß. ³Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen.

Zu § 8

1. Die Hinweise 1, 3, 4 und 5 zu § 7 Abs. 1 gelten entsprechend.
2. Die beihilfefähige Anerkennung der Dauer einer Heilkur beträgt max. 3 Wochen. Reisetage werden dabei nicht berücksichtigt. Eine Verlängerung einer Heilkur ist nicht beihilfefähig.
3. Das Heilkurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern als Anhang 2 herausgegeben. (Vom Abdruck des Heilkurortverzeichnisses wurde aus Platzgründen abgesehen.)
4. Für den Anerkennungsbescheid nach § 8 Abs. 3 Nr. 2 kann folgendes Formblatt 8 verwendet werden: (Vom Abdruck des Formblattes 8 wurde aus Platzgründen abgesehen.)

Zu Absatz 7

1. Die für sonstige Heilkuren geltenden Einschränkungen, dass diese nur für Beamte und Richter (§ 2 Abs. 1 Nr. 1) mit Dienstbezügen, Amtsbezügen und Beamte mit Anwärterbezügen gelten, finden hier keine Anwendung, so dass diese Maßnahmen auch für beihilferechtigte Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige als beihilfefähig anerkannt werden können.
2. Die Bewilligung dieser Maßnahme, die grundsätzlich stationär durchgeführt wird, setzt voraus, dass der Amts- oder Vertrauensarzt die Kurbedürftigkeit (im Sinne der medizinischen Notwendigkeit) der Mutter/des Vaters bestätigt hat.
3. Für Kinder, die bei Mutter-Kind-Kuren in die Einrichtung mit aufgenommen werden, gleichwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter/den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (z.B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter/Vater und Kind

- wegen bes. familiärer Verhältnisse oder dem Alter des Kindes, weil das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). Aufwendungen für das Kind sind der Mutter bzw. dem Vater zuzurechnen.
4. Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, so handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind-Kur. In diesem Falle ist eine Sanatoriumsbehandlung für das Kind zu beantragen.
 5. Aufwendungen für Mutter-Kind-Kuren bzw. Vater-Kind-Maßnahmen werden nur als beihilfefähig anerkannt, wenn sie in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder einer anderen nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannten Einrichtung durchgeführt werden. Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht.
 6. Bei der Mutter-/Vater-Kind-Kur handelt es sich um „eine“ Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) nach § 7 Abs. 1 Nr. 6 als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) ¹Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 6 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig. ²Aufwendungen 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. ³Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. ⁴Bei Personen nach § 28 Abs. 2 SGB XI wird entsprechend Absatz 6 Satz 1 verfahren.

(2) ¹Pflegebedürftig 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 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. ²Erforderlich 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.

(3) ¹Bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 SGB XI beihilfefähig die Aufwendungen für Pflegebedürftige

1. der Stufe I bis zu dreißig Pflegeeinsätzen monatlich,
2. der Stufe II bis zu sechzig Pflegeeinsätzen monatlich,
3. der Stufe III bis zu neunzig Pflegeeinsätzen monatlich.

²Bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand der Stufe III sind auch Aufwendungen für zusätzliche Pflegeeinsätze beihilfefähig, insgesamt höchstens bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag).

(4) ¹Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt. ²Sie richtet sich nach den Pflegestufen des § 15 SGB XI und beträgt monatlich

1. in Stufe I 205,00 Euro,
2. in Stufe II 410,00 Euro,
3. in Stufe III 665,00 Euro.

³Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. ⁴Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt.

(5) Wird die Pflege teilweise durch Pflegekräfte (Absatz 3) und durch andere geeignete Personen (Absatz 4) erbracht, wird die Beihilfe nach Absatz 3 und 4 anteilig gewährt.

(6) ¹Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen des Absatzes 3 in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 5 Abs. 3 und § 14 sind hierbei nicht anzuwenden. ²Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 3 beihilfefähig.

(7) ¹Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) beihilfefähig. ²Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

1. 1.023,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe I.
2. 1.279,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe II.

3. 1.432,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe III.
 4. 1.688,00 Euro für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 SGB XI als Härtefall anerkannt sind.
- ³Absatz 6 Satz 1 gilt entsprechend. ⁴Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens nach Satz 6 übersteigen. ⁵Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilferechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. ⁶Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilferechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehaltes der Besoldungsgruppe A 9 Bundesbesoldungsgesetz
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 v.H. des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 v.H. des Einkommens,
2. bei Beihilferechtigten mit höherem Einkommen
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 v.H. des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 v.H. des Einkommens,
3. bei alleinstehenden Beihilferechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilferechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 v.H. des Einkommens.

⁷Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

(8) ¹Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. ²Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. ³In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. ⁴Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(9) ¹Aufwendungen für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4 SGB XI), sind nach Art und Umfang des § 43 a SGB XI beihilfefähig. ²Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 entsprechend.

Zu § 9

Zu Absatz 1

Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Hinweise 2 und 3 zu Absatz 2). Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 beihilfefähig.

Zu Absatz 2

1. 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.
2. 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.
3. 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 selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Ste-

hen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wieder-
aufsuchen der Wohnung,
– im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das
Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen,
Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
oder das Beheizen.

4. Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber
einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
5. Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und zum Verfah-
ren siehe Hinweise zu Absatz 8.
6. Die Beschäftigung und Betreuung z.B. in einer Werkstatt
für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 9. Werk-
stattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behin-
derten sind deshalb nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht bei-
hilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur
Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschul-
unterricht entstehen (z.B. Fahrkosten).

Zu Absatz 3

1. Als Pflegeeinsatz gilt die Tätigkeit, die die geeignete Pfl-
egekraft bei der Körperpflege, der Ernährung oder der
Mobilität bzw. der hauswirtschaftlichen Versorgung jeweils
zusammenhängend erbringt.
2. Nach § 89 SGB XI werden Vergütungen der ambulanten
Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung
für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen
vereinbart. Aufwendungen für Pflegeeinsätze sind ange-
messenen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vergütungsver-
einbarungen halten. Dabei sind in Pflegestufe I höchstens
20 %, in Pflegestufe II höchstens 40 % und in Pflegestufe
III höchstens 60 % der durchschnittlichen Kosten einer
Krankenpflegekraft (Absatz 3 Satz 2) beihilfefähig; die
jeweiligen stufenabhängigen Einsätze gelten als erbracht,
soweit nicht Absatz 5 Anwendung findet. Fahrkosten sind
nicht gesondert beihilfefähig.
3. Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die
 - bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)
angestellt sind und die unter ständiger Verantwor-
tung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige
in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich
versorgen (§ 71 Abs. 1, § 72 SGB XI) oder
 - bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2
SGB XI) oder
 - von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und
hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind
oder
 - mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77
Abs. 1 SGB XI geschlossen haben.
4. Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist
abhängig von der Zuordnung zu einer der drei Pfleges-
tufen.
 - 4.1 Pflegestufe I
Erheblich Pflegebedürftige sind Personen, die bei der Kör-
perpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens
zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen
mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätz-
lich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaft-
lichen Versorgung benötigen.
 - 4.2 Pflegestufe II
Schwerpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körper-
pflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens drei-
mal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedür-
fen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der
hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - 4.3 Pflegestufe III
Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Kör-
perpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund
um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich
mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen
Versorgung benötigen.
5. Zur Höhe der Durchschnittskosten einer Krankenpfl-
egekraft vgl. Hinweis 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 7.
6. Bis zu den festgelegten Obergrenzen der beihilfefähigen
Aufwendungen sind die Kosten einer teilstationären Pflege
in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung beihilfefähig.
Hierbei gelten die jeweiligen Pflegeeinsätze als erbracht,
soweit im Einzelfall nicht eine geringere Inanspruchnahme
nachgewiesen wird. Stellt die teilstationäre Pflegeeinrich-
tung einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unter-
kunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 v.H. des Paus-
chalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.
7. Wird ein dauernd Pflegebedürftiger vorübergehend in
einer Pflegeeinrichtung gepflegt (Kurzzeitpflege), sind die
Pflegeaufwendungen bis 1.432,00 Euro im Kalenderjahr
beihilfefähig.
8. Auf Grund des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom
14.12.2001 (BGBl. I S. 3728) können Beihilfen zu Auf-

wendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen für den in
§ 45 a SGB XI beschriebenen Personenkreis neben Lei-
stungen nach § 9 Abs. 3, 4 und 5 gewährt werden. Art und
Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich
nach § 45 b SGB XI. Wird der Höchstbetrag von 460 Euro
in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht
verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden.
Werden die Voraussetzungen nach § 45 a SGB XI erst im
Laufe eines Kalenderjahres erfüllt, ist der Höchstbetrag von
460 Euro nur anteilig anzuerkennen. Für Personen, die
Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten, gilt § 9
Abs. 6 Satz 1 entsprechend.

Zu Absatz 4

1. Andere geeignete Personen sind Pflegepersonen, die nicht
erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen mindestens 10,5
Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pfl-
egen.
2. Die Höhe der Pauschalbeihilfe ist abhängig von den drei
Pflegestufen des SGB XI (vgl. hierzu Hinweis 4 zu Absatz 3).
3. Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Kran-
kenhausbehandlung nach § 6 Abs. 1 Nr. 6, der Sanatori-
umsbehandlung nach § 7 oder der stationären Pflege nach
Absatz 7 oder 9 für den Pflegebedürftigen geltend gemacht
werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Für diese
Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. Dies
gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären
Krankenhausbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6) oder Sanatori-
umsbehandlung (§ 7).
4. Beihilfen zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege
können gewährt werden, wenn die private oder soziale
Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat.
Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestim-
men sich nach § 39 SGB XI. Für Personen, die nach § 28
Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 9
Abs. 6 Satz 1 entsprechend.
- 4.1 Beihilfen werden auch zu Aufwendungen für Beratungsbe-
suche nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Pflege-Pflichteinsätze)
gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung
hierfür anteilig Zuschüsse zahlt. Die Durchführung der
Beratungen ist nach § 37 Abs. 4 SGB XI auch gegenüber
der Festsetzungsstelle zu belegen. Der Umfang der anteil-
igen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Abs. 3
und 6 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2
SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 9 Abs. 6
Satz 1 entsprechend.
5. Entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvor-
schriften im Sinne von Satz 3 sind z.B. solche nach § 35
Abs. 1 BVG, § 34 BeamtVG. Dies gilt nicht für Leistungen
nach § 69 a BSHG.
6. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat,
ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern; dabei ist
der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Paus-
chalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleis-
tet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.
7. Für die in Hinweis 1 genannten Personen sind nach Maß-
gabe des § 19 Satz 2 i.V.m. § 44 SGB XI Beiträge zur
gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. Die Beiträge
sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI von den Festset-
zungsstellen anteilig zu tragen. Einzelheiten der Zahlungs-
abwicklung ergeben sich aus einer Information des Ver-
bandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur Durch-
führung der Rentenversicherung der Pflegepersonen durch
die Festsetzungsstellen der Beihilfe, die das Bundesministe-
rium des Innern bekannt gibt. *)
Die Meldungen der zu versichernden Person an den Ren-
tenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse
oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. Die
Festsetzungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht. Es
werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abge-
führten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die
Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der privaten und sozia-
len Pflegeversicherung.
8. Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung auf die Paus-
chalbeihilfe siehe Hinweis 2 zu § 17 Abs. 7.

Zu Absatz 5

1. Bei einer Kombination der Leistungen nach den Absätzen 3
und 4 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversiche-
rung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inan-
spruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.

Beispiele:

- 1.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versor-
gungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II

zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte
(460,50 Euro von 921,00 Euro) und das Pflegegeld
(205,00 Euro von 410,00 Euro) in Anspruch. Die hälftige
Höchstgrenze wird nicht überschritten.

- a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung
 - zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
30 % von 460,00 Euro = 138,15 Euro
 - zum Pflegegeld
30 % von 205,00 Euro = 61,50 Euro

Gesamt 199,65 Euro

- b) Leistungen der Beihilfe
 - zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
70 % von 460,50 Euro = 322,35 Euro
 - Pauschalbeihilfe
205,00 Euro abzüglich 61,50 Euro
der privaten Pflegeversicherung = 143,50 Euro

Gesamt 465,85 Euro

- 1.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versor-
gungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II
zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte
(460,50 Euro von 921,00 Euro) und das Pflegegeld
(205,00 Euro von 410,00 Euro) in Anspruch; die hälftige
Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. Als
Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhält der Versorgungse-
mpfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem
Fall von der Hälfte 50 %.

- a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung
 - zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
50 % von 460,50 Euro = 230,25 Euro
 - zum Pflegegeld
50 % von 205,00 Euro = 102,50 Euro

Gesamt 332,75 Euro

- b) Leistungen der Beihilfe
 - zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft in
gleichem Wert der Leistung der sozialen Pflege-
versicherung (Absatz 6) = 230,25 Euro
 - Pauschalbeihilfe 50 % von
410,00 Euro = 205,00 Euro ab-
züglich des anteiligen Pflegegeldes
der sozialen Pflegeversicherung
von 102,50 Euro = 102,50 Euro

Gesamt 332,75 Euro

Zu Absatz 7

1. Angemessen sind die pflegebedingten Aufwendungen, die
Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizini-
schen Behandlungspflege pauschal
 - a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von
1.023,00 Euro monatlich,
 - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von
1.279,00 Euro monatlich,
 - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von
1.432,00 Euro monatlich,
 - d) für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 SGB XI
als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1.688,00
Euro monatlich.
2. Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen
der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist
davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach
§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist.
Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Diffe-
renzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3
SGB XI).
3. Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind
nicht beihilfefähig.
4. Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genann-
ten Aufwendungen.
5. Werden in den Fällen des Satzes 3 die Kosten für Unter-
kunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der
Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewie-
sen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen
Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten
maßgeblich.
6. Betten- und Platzfreihaltgebühren, die durch die Unter-
brechung wegen Krankheit des Pflegebedürftigen erhoben
werden, gehören zu den pflegebedingten Aufwendungen
und sind daher im Rahmen der Höchstsätze beihilfefähig.
Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in
der Person des Pflegebedürftigen liegenden Grund bis zu
30 Kalendertagen jährlich.

*) Siehe Rundschreiben vom 30.3.1995 (GMBl. S. 347)

7. Als Endgehalt der Besoldungsgruppe A 9 wird das Endgrundgehalt der Besoldungsgruppe A 9 zuzüglich des Familienzuschlags Stufe 1 und der allgemeinen Stellenzulage nach Vorbemerkung Nr. 27 Abs. 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B zugrunde gelegt; das Bundesministerium des Innern gibt den jeweiligen Betrag bekannt.
8. Das Einkommen ist vom Beihilfberechtigten durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen:
- 8.1 Dienstbezüge im Sinne dieser Vorschrift sind die in § 1 Abs. 2 BBesG genannten Bruttobezüge (Grundgehalt, allgemeine Stellenzulage nach Vorbemerkung Nr. 27 zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B sowie Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile); Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 BeamtVG genannten Bruttobezüge (mit Ausnahme des in der dortigen Nummer 8 genannten Unterschiedsbetrages), soweit nicht nach § 57 BeamtVG (Versorgungsausgleich) geringere Versorgungsbezüge zustehen. Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG, Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI bleiben unberücksichtigt. Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verwendungseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehrerer Versorgungsbezüge oder den in Satz 4 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- oder Versorgungsbezügen zugrunde zu legen.
- 8.2 Renten sind mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen; dies ist bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses und vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.
- 8.3 Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz.
- 8.4 Ist der Ehegatte berufstätig, kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Einkommensgrenze überschritten wird. Soweit der Beihilferechtigte nachweist, dass beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbständigen oder nichtselbständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. Bei monatlich schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten 12 Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen.
9. Berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne des Satzes 5 Nr. 1 bis 3 sind Personen, die nach § 3 Abs. 1 zu berücksichtigen oder nach § 4 Abs. 3 nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilferechtigt sind. Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; § 14 findet keine Anwendung.
11. Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung siehe Hinweis 2 zu § 17 Abs. 7.

Zu Absatz 8

1. Dem Antrag auf Beihilfe ist ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe beizufügen.
Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit und die Stufe der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen (gesetzliche Verpflichtung). Diese Feststellung ist auch für die Feststellungsstelle maßgebend und dieser vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (z.B. Abschrift des Gutachtens, ggf. schriftliche Leistungszusage der Versicherung). Ohne einen derartigen Nachweis ist diesbezüglich eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vgl. § 22 VwVfG). Entsprechendes gilt auch für das Vorliegen eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes bei Schwerstpflegebedürftigen. Besteht keine Pflegeversicherung, ist ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe vorzulegen.
2. Ist im Einzelfall der Leistungsnachweis nicht ausreichend oder beantragt der Beihilferechtigte abweichend Beihilfe zu einer höheren Pflegestufe, ist mit Zustimmung des Pflegebedürftigen bei der privaten oder sozialen Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
3. Erhebt der Beihilferechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist der Widerspruch ggf. als unbegründet zurückzuweisen.

4. Für Klagen in Angelegenheiten nach dem SGB XI (z.B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einer Pflegestufe) sind die Sozialgerichte zuständig (Artikel 33 PflegeVG).

Zu Absatz 9

Beihilfefähig sind 10 v.H. des nach § 93 Abs. 2 BSHG vereinbarten Heimentgelts, höchstens 256,00 Euro monatlich.

§ 9 a

Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen

¹Beihilferechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. ²Die Aufwendungen sind nach Maßgabe der ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39 a SGB V, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. ³Darüber hinaus können Leistungen nach § 9 erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. ⁴Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

Zu § 9 a

1. Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, d.h. leidendmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben.
2. In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

(1) ¹Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden, bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
 3. bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
 4. bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.
- ²Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.
- (2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte.
- (3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen, jedoch nicht anlässlich privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union.

Zu § 10

Zu Absatz 1

1. Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26.4.1976 in der jeweils aktuellen Fassung.
2. Die Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und

Krankenkassen vom 26.4.1976 in der jeweils aktuellen Fassung.

3. Die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26.4.1998 in der jeweils aktuellen Fassung.
4. Die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 24.8.1989 in der jeweils aktuellen Fassung.

Zu Absatz 3

Auch bei im Rahmen von Vorsorgemaßnahmen beschafften Mitteln sind Abzüge nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 vorzunehmen.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung,
2. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 5, 6, 8 und 9,
3. für die Hebamme und den Entbindungspfleger,
4. für eine Haus- und Wochenpflegerkraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einer Krankenanstalt bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegerkraft nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 gepflegt wird; § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 ist anzuwenden,
5. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 6 für das Kind.

Zu § 11

Zu Absatz 1

1. Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
2. Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z.B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der Hebammengebührenordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der Hebammengebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.
3. Leistungsabrechnungen von Hebammen oder Entbindungspflegern richten sich nach den jeweiligen Verordnungen der Bundesländer über die Gebühren für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, in dem die Beihilferechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige ihren Wohn- bzw. Aufenthaltsort hat.

§ 12

Eigenbehalte, Belastungsgrenzen

- (1) ¹Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 v.H. der Kosten, mindestens um 5 Euro, höchstens um 10 Euro, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
- a) Arznei- und Verbandmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 2.
 - b) Hilfsmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 4, bei dem Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln höchstens um 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation.
 - c) Fahrtkosten im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 9.
2. um 10 Euro je Kalendertag bei
- a) vollstationären Krankenhausleistungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 Buchstabe a und Satz 2 und im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang an vollstationäre Krankenhausleistungen durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr.
 - b) Aufwendungen nach § 7 Abs. 1 Nr. 2.
 - c) Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Satz 3.
3. um 10 v.H. und 10 Euro je Verordnung für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 und
4. um einen Pauschalbetrag je Kalenderjahr von 20,00 Euro je Beihilferechtigten und je berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei Inanspruchnahme von ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen durch die genannten Personen.

²Beträge nach Satz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen Fahrten nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
- b) Empfänger von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des auf einen vollen Euro-Betrag abgerundeten 1,1fachen Satzes des Mindestruhegehaltes nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 Beamtenversorgungsgesetz zuzüglich des Familienzuschlags der Stufe 1 nach § 40 Abs. 1 Bundesbesoldungsgesetz,
- c) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- d) Personen, die Leistungen nach § 9 Abs. 7 Satz 4 erhalten,
- e) ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten, Leistungen, soweit nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4 vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind.

(2) ¹Beträge nach Absatz 1 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. ²Diese beträgt

- a) 2 v.H. des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5;
- b) für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, 1 v.H. des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5.

³Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. ⁴Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilferechtigt ist. ⁵Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfberechtigten um 15 v.H. und für jedes Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag. ⁶Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Das Bundesministerium des Innern kann für Beihilferechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die sich besonders gesundheitsbewusst verhalten, indem sie regelmäßig an Vorsorgeprogrammen, Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und dergleichen teilnehmen, geringere als in Absatz 1 vorgesehene Abzugsbeträge festlegen.

Zu § 12

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 1

1. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen sowie für beim Arzt/Zahnarzt verbrauchte Arznei- und Verbandmittel, die als Auslagen abgerechnet werden (vgl. § 10 GOÄ).
2. Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Nummer 1 ist der Apothekenabgabepreis jedes verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen bzw. bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg des Arznei- und Verbandmittels.
3. Bei Aufwendungen für Reparaturen und Betrieb sowie der Unterhaltung von Hilfsmitteln sind keine Eigenbehalte/Abzugsbeträge anzusetzen. Der Eigenbehalt gilt bei Anschaffung (ggf. Miete, hier nur einmalig für die erste Miete) und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln.
4. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen um 10 v.H. der Kosten, höchstens um 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation. Sofern aus der ärztlichen Verordnung nichts anderes hervorgeht, ist die in der Verordnung angegebene Stückzahl als „Monatsbedarf“ anzusehen. Der Monatsbedarf ist auf den Kalendermonat zu beziehen. Der Mindestabzugsbetrag in Höhe von 5 Euro findet hier keine Anwendung.
5. Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 6 entstehenden Beförderungskosten ist der Abzugsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen. Dies gilt entsprechend bei ambulant durchgeführten Operationen (Nr. 1.2 des Anhangs 1 zu Hinweis 8 zu § 5 Abs. 1) bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen in den jeweiligen Behandlungsfall sowie bei einer ärztlich verordneten – ambulanten – Chemo-/Strahlentherapie.

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a

1. Der Abzug erfolgt für ersten 28 Kalendertage; sowohl für den Aufnahme- als auch den Entlassungstag.
2. Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbetrag:

- Entbindungen
- teilstationäre Behandlungen
- vor- und nachstationäre Behandlungen
- ambulante Operationen im Krankenhaus.

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

1. Der Abzugsbetrag in Höhe von 10 v.H. für die Aufwendungen der vorübergehenden häuslichen Krankenpflege (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 BhV) ist begrenzt auf 28 Tage je Kalenderjahr. Bei einem erneuten Krankheitsfall im selben Kalenderjahr werden deshalb keine Abzugsbeträge mehr in Ansatz gebracht, soweit der Zeitraum von 28 Tagen aus dem ersten und jedem weiteren Krankheitsfall zusammen überschritten wird. Neben dem Abzugsbetrag für die häusliche Krankenpflege wird für jede ärztliche Verordnung ein Betrag von 10 Euro von den beihilfefähigen Aufwendungen einbehalten.
2. Wenn häusliche Krankenpflege (mit Eigenbehalt nach § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BhV) mit Behandlungspflege (kein Eigenbehalt nach § 12 BhV) zusammentrifft und der jeweilige anteilmäßige Aufwand nicht aus der ärztlichen Verordnung hervorgeht, ist der Höchstbetrag (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 4 BhV) jeweils hälftig auf beide Leistungsarten aufzuteilen.

Zu Absatz 1 Satz 2

1. Psychotherapeutische Leistungen werden den ärztlichen Leistungen gleichgesetzt. Das heißt, dass eine Minderung der Beihilfe für psychotherapeutische Leistungen nicht in Betracht kommt, wenn im gleichen Kalendervierteljahr ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch genommen worden sind und dafür die Beihilfe bereits um 10 Euro gemindert wurde. Dies gilt auch für ärztliche Leistungen, wenn zuvor die Beihilfe auf Grund der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen gemindert wurde.
2. Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V (sog. „Praxisgebühr“, z.B. bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, freiwillig gesetzlich Versicherten) sowie gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen befreien nicht von Eigenbehalten (Abzugsbeträgen) nach § 12 Abs. 1 Satz 1 und 2 BhV.
3. Kieferorthopädische Leistungen sowie Laborleistungen unterliegen ebenfalls dem Abzugsbetrag für ärztliche/zahnärztliche Leistungen. Aufwendungen für Leistungen eines Kieferchirurgen werden den ärztlichen Leistungen zugerechnet.
4. Der festgesetzte Beihilfebetrags ist um 10 Euro je Kalendervierteljahr unabhängig von der auf diesen Zeitraum entfallenden Summe der Aufwendungen zu mindern.

Zu Absatz 1 Satz 3

1. Für Aufwendungen ambulanter ärztlicher Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 10 erfolgt keine Minderung der Beihilfe nach § 12 Abs. 1 Satz 2.
2. Im Rahmen einer Kontrolluntersuchung (zahnärztliche Vorsorgeleistungen) kann der Zahnarzt bei Bedarf einige festgelegte diagnostische und präventive Leistungen vornehmen, ohne dass eine Minderung der Beihilfe nach § 12 Abs. 1 Satz 2 erfolgt. Zu diesen Aufwendungen ambulanter zahnärztlicher Vorsorgeleistungen gehören: GOÄ 1; GOZ 001; GOZ 007; GOZ 100; GOZ 101; GOZ 102; GOZ 200; GOZ 405; GOZ 406 und Erhebung des PSI-Indexes. Es können max. zwei solcher Kontrolluntersuchungen jährlich abzugsfrei durchgeführt werden. Diese Regelung gilt allerdings nicht, wenn im Rahmen einer solchen Untersuchung oder bei einem weiteren Termin eine Behandlung erforderlich wird.
3. Für Hilfsmittel, für die Höchstbeträge festgelegt sind (z.B. Hörgeräte, Perücken), erfolgt kein Abzug (Eigenbehalt) nach § 12 Abs. 1. Diese Ausnahme gilt nicht für Hilfsmittel, für die lediglich ein sog. „Eigenanteil“ ausgewiesen ist (z.B. bei orthopädischen Maßschuhen).

Zu Absatz 2

1. Eine Befreiung von Eigenbehalten (Abzugsbeträgen) nach Absatz 1 wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres.
2. Bei der Ermittlung des für das Erreichen der Belastungsgrenze maßgeblichen Einkommens wird das Einkommen des Ehegatten nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfe-

berechtigt ist. Bei verheirateten Beihilfberechtigten vermindert sich das Einkommen um 15 v.H. und für jedes Kind um den sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes (EStG) ergebenden Betrag.

3. Überschreitet die Summe der Eigenbehalte nach Absatz 1 des Beihilfberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Belastungsgrenze von 2 v.H. bzw. 1 v.H., so sind auf Antrag ab dem Zeitpunkt der Überschreitung für das restliche Kalenderjahr weder für den Beihilfberechtigten noch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen weitere Abzugsbeträge von den Aufwendungen abzusetzen; zu viel einbehaltene Eigenanteile sind im Rahmen von Überrechnungen zurückzuerstatten.
4. Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22.1.2004, der auch beihilfeseitig anzuwenden ist, gilt als „schwerwiegend chronisch krank“, wer ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wird und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
 - 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 § 30 BfVG oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor, wobei der GdB bzw. MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
 - Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die auf Grund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Werden diese Voraussetzung nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfavorschriften berücksichtigungsfähige „chronische Krankheit“ vor. Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. Der Beihilferechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (z. B. ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. Bei Beihilferechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der Kriegspferfürsorge getragen werden, ist bei Berechnung der Belastungsgrenze nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgebend. Dies gilt gleichermaßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb von diesen Einrichtungen.

§ 13 Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

- (1) ¹Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach § 6 und §§ 9 bis 11 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären. ²Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilferechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Satzes 1 nach billigem Ermessen die Angelegenheit der Aufwendungen feststellen, wenn der Beihilferechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege vorlegt. Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt.
- (2) ¹Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise eines Beihilferechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. ²Die 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. ³Die Anerkennung der

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nach Maßgabe der Absätze 1 und 3 zulässig,

3. 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.

(3) ¹Aus Anlass einer stationären oder ambulanten Maßnahme im Sinne von § 7 Abs. 1 und § 8 Abs. 2 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn bei Antritt der Reise

1. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland aufgeführt ist, die Voraussetzungen des § 8 vorliegen und
2. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

²Die Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 1, 3, 5 und Satz 2 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

Zu § 13

Zu Absatz 1

1. Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.
2. Den Belegen über die Aufwendungen von mehr als 550,00 Euro ist eine Übersetzung beizufügen.
3. Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilferechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt als Wohnort
 - a) bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
 - b) bei den übrigen Beihilferechtigten der Dienstort. Dies gilt nicht, soweit die besonderen Bestimmungen nach § 18 Abs. 5 anzuwenden sind.
4. Aufwendungen für Behandlungen
 - a) im Kleinen Walsertal (Österreich),
 - b) in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) der Stiftung Deutsche Heilstätte Davos und Agra,
 - c) in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos (Schweiz), geführt von der Klinik Alexanderhaus Davos GmbH, Davos Platz,gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden; in den Fällen der Buchstaben b) und c) jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 7, sofern nicht in den Fällen der Buchstaben b) und c) im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 medizinisch indiziert ist.
5. Absatz 1 stellt auf die Aufwendungen ab, die beim Verbleiben am Wohnort entstanden wären. Nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 3 ist als Kassenleistung der Betrag in Abzug zu bringen, den die Krankenkasse beim Verbleiben am Wohnort geleistet hätte; hilfsweise kommt § 5 Abs. 3 Satz 4 zur Anwendung.
6. Befindet sich ein Heimdialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen im Ausland, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.

Zu Absatz 2

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. Absatz 3) 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.

Zu Absatz 3

Das Heilkurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern als Anhang 3 herausgegeben. (Vom Abdruck des Anhangs 3 wurde aus Platzgründen abgesehen.)

§ 14

Bemessung der Beihilfen

(1) ¹Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). ²Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

1. den Beihilferechtigten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sowie für den entpflichteten Hochschullehrer 50 v.H.,
2. den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilferechtigt ist, 70 v.H.,
3. den berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 v.H.,
4. ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilferechtigt ist, 80 v.H.

³Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilferechtigten nach Nummer 1 70 v.H.; bei mehreren Beihilferechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 v.H., die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. ⁴Satz 2 Nr. 2 gilt auch für den entpflichteten Hochschullehrer, dem auf Grund einer weiteren Beihilferechtigung nach § 2 Abs. 1 Nr. 2, die jedoch gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 2 nachrangig ist, ein Bemessungssatz von 70 v.H. zustehen würde.

(2) Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter.

(3) ¹Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angebotener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 v.H., jedoch höchstens auf 90 v.H. ²Ab 1.7.1994 gilt Satz 1 nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V erfüllt.

(4) ¹Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 v.H. der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. ²Dies gilt nicht, wenn sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes bemisst (§ 240 Abs. 3a SGB V), oder wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 21,00 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird.

(5) ¹Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Personen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses mindestens in Höhe von 41,00 Euro monatlich gewährt wird, ermäßigt sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 v.H. ²Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

(6) ¹Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen,

1. für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,
2. im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind. ²Eine Erhöhung ist ausgeschlossen in Fällen des § 9.

³Die oberste Dienstbehörde kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen.

Zu § 14

Zu Absatz 1

Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 5 Abs. 2). Dabei ist in den Fällen des Satzes 3 der erhöhte Bemessungssatz für alle Aufwendungen zugrunde zu legen, die während des Zeitraums der Zahlung des erhöhten Familienzuschlages entstanden sind bzw. entstanden wären, wenn ein Familienzuschlag zustünde (§ 3 Abs. 1 Nr. 2).

Zu Absatz 3

1. Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, d.h. zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen weitgehend deckt. Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.
2. Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. Ein Leistungsausschluss liegt u.a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z.B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.
3. Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z.B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.
4. Absatz 3 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach § 9.

Zu Absatz 4

1. Der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche, wie sie Pflichtversicherten gewährt werden, sind Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die freiwillig Versicherten in Höhe des Wertes einer an sich zustehenden Sachleistung gegebenenfalls nach Abzug eines Mengenrabatts, Unwirtschaftlichkeitsabschlages und dergleichen gezahlt werden. Für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, die bereits am 1.10.1985 einer geschlossenen Beitragsklasse angehört haben, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 als erfüllt, solange sie in dieser Beitragsklasse verbleiben.
2. Sofern die Voraussetzungen des Hinweises 1 erfüllt sind, findet Absatz 4 Satz 1 auch Anwendung für Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlungen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung hierzu nur für einzelne Aufwendungen Kostenanteile leistet.
3. Sind die Voraussetzungen des Hinweises 1 nicht erfüllt, richtet sich der Bemessungssatz nach Absatz 1. Entsprechendes gilt für Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Kostenerstattung geleistet hat.
4. Der danach erforderliche Nachweis über die Beitragshöhe für eine beihilfekonforme Krankenversicherung bzw. die Nichtaufnahme ist durch Angebote von mindestens zwei privaten Krankenversicherungen zu führen. Die Angebote sollen zum Feststellungszeitpunkt nicht älter als sechs Monate sein. Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 v.H. der Aufwendungen ermöglicht. In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 12,00 Euro täglich einzubeziehen. Der Nachweis über die Beitragshöhe gilt als erbracht bei den Personen, denen bis zum 30.6.1990 die Beitragsermäßigung nach § 248 Abs. 2 SGB V gewährt wurde.
5. Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag bleiben unberücksichtigt.
6. Für freiwillig versicherte Beamte, die in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind und für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen gemäß § 14 des SGB V Leistungen aus der Teilkostenersatzung nach § 56 der Satzung der Bundesknappschaft erhalten, finden § 14 Abs. 4 Satz 1 und § 5 Abs. 3 BfV keine

Anwendung. Insofern gelten die Bemessungssätze des § 14 Abs. 1 BhV.

- Keinen Zuschuss im Sinne von Abs. 4 Satz 2 stellt eine Beitragsersatzung nach § 5 Abs. 3 Elternzeitverordnung – EltZV – bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Eine derartige Beitragsersatzung hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.
- Nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören Selbstbehalte nach speziellen Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Absatz 5

- Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes des Zuschussempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen; hierbei bleiben Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag unberücksichtigt.
- Hinweis 7 zu Abs. 4 gilt sinngemäß für Versicherte einer privaten Krankenversicherung.

Zu Absatz 6

- Für die Erteilung des notwendigen Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern zur Erhöhung des Bemessungssatzes gemäß Nummer 2 wegen hoher Beitragsbelastung bei einem Empfänger von Versorgungsbezügen (Absatz 1 Satz 2 Nr. 2) mit geringem Gesamteinkommen wird vorläufig folgender Maßstab zugrunde gelegt:
Der Beitragsaufwand für eine beihilfefähige private Krankenversicherung (vgl. Hinweis 4 zu Absatz 4) muss 15 v.H. des Gesamteinkommens übersteigen.
Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen des Versorgungsempfängers und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI.
Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monateinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um 10 v.H. Die Erhöhung gilt für den Versorgungsempfänger und den berücksichtigungsfähigen Ehegatten und erfolgt auf Dauer.
Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 15 Abs. 1 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen.
- Ein besonderer Ausnahmefall im Sinne der Nummer 2 kann auch vorliegen, wenn sich aus der Anwendung des § 5 Abs. 4 Nr. 4 Härten ergeben könnten.

§ 15 Begrenzung der Beihilfen

- Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen.²Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen – soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen – unberücksichtigt.³Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird.
- Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen.²Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vornhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich.³In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vornhundertsatz von dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet.⁴Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach §§ 8, 9 werden getrennt abgerechnet.
- Die Festsetzungsstelle kann mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit

Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlichen Krankenfürsorge liegt.²Dabei sollen auch feste Preise vereinbart werden, die deutlich unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen.

Zu § 15

Zu Absatz 1

Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. gegenüberzustellen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den §§ 6 bis 13 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (z.B. Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstätzen der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen für nicht verordnete Arzneimittel, für Mittel nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 sowie die nach § 6 Abs. 2 und Abs. 4 Satz 1 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Aufwendungen.

Zu Absatz 2

- Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag – etwa für die einzelnen Positionen – die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen solche nach §§ 8 und 9, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.
- Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Vornhundertsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.
- Übersteigt der Betrag der nach § 14 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

Zu Absatz 3

Die Beihilfestsetzungsstellen werden hierdurch ermächtigt mit Leistungserbringern Verträge zur Kostensenkung abzuschließen. Zu nennen sind hier z.B. Hilfsmittelleferanten, Apothekenverband, Versandapotheken, Krankenhäuser, Sanatorien. Die beihilfefähigen Aufwendungen werden dann auf diese mit dem Leistungserbringer vereinbarten Kostensätze reduziert. Die Beihilfeberechtigten sind über den Abschluss derartiger Vereinbarungen in geeigneter Form zu unterrichten.

§ 16 Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten

- Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen.²Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod.³Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.
- Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Absatz 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen.²Sind diese Personen Erben des Beihilfeberechtigten, erhalten sie eine Beihilfe auch zu Aufwendungen des Erblassers, die von diesem bezahlt worden sind.

Zu § 16

- Für die bis zum Tod oder aus Anlass des Todes eines Beihilfeberechtigten für ihn und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstandenen Aufwendungen sind die sich für die einzelnen Personen nach § 14 ergebenden Bemessungssätze zugrunde zu legen, wie sie am Tage vor dem Tod maßgebend waren.

- Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes nach erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

§ 17 Verfahren

- Beihilfen müssen vom Beihilfeberechtigten schriftlich beantragt werden.²Es sind die vom Bundesministerium des Innern herausgegebenen Formblätter zu verwenden; zulässig sind auch amtliche EDV-Ausdrucke.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200,00 Euro betragen.²Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15,00 Euro übersteigen.
- Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist.²Verordnete Arzneimittel müssen auf dem Rezept eine Pharmazentralnummer aufweisen, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden.³Würden mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfen zustehen, wird eine Beihilfe nur dem gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für die Gewährung von Beihilfen zu Aufwendungen für Halbweisen.
- Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege der Festsetzungsstelle vorzulegen.²Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheim zu halten.³Sie dürfen nur für den Zweck verwandt werden, für den sie bekannt gegeben sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Berechtigung oder Verpflichtung zur Offenbarung oder der Beihilfeberechtigte oder der Angehörige ist damit schriftlich einverstanden.
- Als Festsetzungsstellen entscheiden
 - die obersten Dienstbehörden über die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
 - die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden über die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs,
 - die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger.²Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln.
- Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich zu machen.
- Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.
- Ist in den Fällen des § 7 Abs. 2 Nr. 2 und § 13 Abs. 2 Nr. 2 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen sind.
- Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird.²Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 9 Abs. 4 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde und bei Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend.³Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

Zu § 17

Zu Absatz 1

- Aufwendungen für Halbweisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbweise nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung bestehen. Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 3 wird nicht begründet.
- Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 2 erfüllt waren.
- Beihilfen sind mit dem Formblatt 6 zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeempfänger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 90 BSHG. Sofern Beihilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Formdrucke verwendet werden.
- Der Kurzantrag (Formblatt 6 a) kann verwendet werden, wenn sich seit der Erfassung der Stammdaten mit Formblatt

* In-Kraft-Treten am dem Tag, an dem die nächste Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung in Kraft tritt. Bis dahin gilt die alte Regelung.

6 keine Veränderungen ergeben haben. Die Verwendung des Kurzantrags entbindet den Beihilfeberechtigten nicht von der Verpflichtung zu richtigen und vollständigen Angaben. Die Festsetzungsstelle kann in Zweifelsfällen die Vorlage eines Antrags in Langform (Formblatt 6) verlangen. (Vom Abdruck der Formblätter 6 und 6a wurde aus Platzgründen abgesehen.)

Zu Absatz 2

Die Antragsgrenze von 200,00 Euro gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

Zu Absatz 3

Die Aufwendungen sind nach Möglichkeit durch Originalbelege nachzuweisen. Duplikate, Kopien und Abschriften sollen anerkannt werden, wenn sie beglaubigt oder wenn sie erkennbar vom Rechnungssteller ausgefertigt sind, es sei denn, Originalbelege sind vorgeschrieben (§ 16 Abs. 1 Satz 3, § 17 Abs. 3 Satz 2).

Zu Absatz 4

In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.

Zu Absatz 6

Die Verwendung der Belege für Beihilfezwecke soll in der Weise kenntlich gemacht werden, dass auch bei mehreren Beihilfeberechtigungen andere Verwaltungen die Verwendung erkennen können.

Zu Absatz 7

1. Soweit ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung, ein Sanatorium oder eine Dialyse-Institution auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, können auf Antrag des Beihilfeberechtig-

ten Abschlagszahlungen geleistet werden. Für die Beantragung können folgende Formblätter 9 und 10 verwendet werden: (Vom Abdruck der Formblätter 9 und 10 wurde aus Platzgründen abgesehen.)

2. In den Fällen des § 9 Abs. 4 und 7 kann auf Antrag für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten (Hinweis 3 zu § 9 Abs. 4) endgültig festzusetzen.

Zu Absatz 9

1. Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen.

2. Hat ein Sozialhilfetragender vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 90 BSHG einen Beihilfeanspruch geltend machen. Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er dem Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Sozialhilfetragenden über. Eine Überleitung nach § 90 BSHG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für seine berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) entstanden sind. In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und ggf. Anfechtungsklage zu erheben.

3. Leitet der Sozialhilfetragende nicht über, sondern nimmt den Beihilfeberechtigten nach § 29 BSHG im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfetragenden ist zulässig. Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfetragenden ist ausgeschlossen (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1).

4. Hat ein Sozialhilfetragender Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg i.S. von Absatz 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung

- den Erbringer der Leistungen (z.B. Heim, Anstalt),
- den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),

- die Art (z.B. Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
- die Leistungshöhe

enthält. Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfetragenden anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Satz 3) und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

§ 18

Übergangs- und Schlussvorschriften

- (1) durch Zeitablauf gegenstandslos
- (2) durch Zeitablauf gegenstandslos
- (3) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 v.H.
- (4) § 2 Abs. 4 Nr. 3 und § 4 Abs. 4 gelten für Personen, denen Leistungen nach § 19 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Abgeordnetenhauses von Berlin zustehen, nur dann, wenn sie diese Leistungen in Anspruch nehmen.
- (5) Das Bundesministerium des Innern regelt nach Anhörung des Auswärtigen Amtes, mit welchen Abweichungen diese Verwaltungsvorschriften auf die in das Ausland abgeordneten Beamten und die Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland anzuwenden sind.
- (6) Diese Verwaltungsvorschriften gelten nicht für die Deutsche Bundesbahn und diejenigen Beamten des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.
- (7) Die Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium des Innern für die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse besondere Vorschriften erlassen.

Anhang I

(zu Hinweis 7 zu § 5 Abs. 1 BvV)
Hinweise zum Gebührenrecht

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1 Bemessung der Gebühren

Nach § 5 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen, bei den sog. medizinisch-technischen Leistungen – § 5 Abs. 3 GOÄ – nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen sowie bei Laborleistungen – § 5 Abs. 4 GOÄ – nach dem Einfachen bis 1,3fachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. Überschreitet eine Gebühr den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 oder Abs. 4 GOÄ vorgesehene Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn der Rechnungsaussteller dargelegt hat, dass Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien die Überschreitung der Schwellenwerte rechtfertigen. Aus der Begründung der Rechnung muss ersichtlich sein, dass die Leistung auf Grund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Dazu reicht im Allgemeinen eine stichwortartige Kurzbegründung aus, in der die „Besonderheiten“ der einzelnen Leistung substantiiert angesprochen sind. Besonderheiten der Bemessungskriterien können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war oder
- einen besonderen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung über das gewöhnliche Maß hinausging.

Eine einfache Wiederholung der Bemessungskriterien reicht folglich nicht aus.

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 17.2.1994 – 2 C 10.92 – (NJW 1994 S. 3023) hat die Überschreitung des Schwellenwertes „den Charakter einer Ausnahme“: Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwendige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decken in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. In Fortführung dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 30.5.1996 – 2 C 10.95 – (NJW 1996, S. 3094) darauf hingewiesen, dass die Beihilfefestsetzungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen sind. Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der GOÄ ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen.

Aufwendungen über den Schwellenwert hinaus sind nicht schon wegen der Besonderheiten der angewandten Verfahren beihilfefähig, sondern vor allem wegen Besonderheiten, die gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle aufgetreten sind (personenbezogene Bemessungskriterien) z.B. besondere Erschwernis bei einer Unterleibsoperation wegen anlagebedingter starker Blutungsneigung der Patientin. Besonderheiten im Bereich des behandelnden Arztes, z.B. seine besondere Qualifikation (Chefarzt, Professor usw.) oder der Einsatz eines besonders teuren Gerätes bei der Leistungserbringung scheiden als Gründe für die Überschreitung der Schwellenwerte grundsätzlich aus.

Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im Zusammenhang stehen (leistungsbezogene Begründungen). Verwachsungen im Operationsbereich können z. B. Anlass für das Überschreiten des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie Visiten, Infusionen, Injektionen usw. dar. Als leistungsbezogene Begründung kann u.U. auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), z.B. bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Vertrages über die Wahlleistungen benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, ist ein Überschreiten der Schwellenwerte nicht zulässig (§ 5 Abs. 5 GOÄ).

1.2 Leistungen bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen
Nach Auffassung des zuständigen Bundesministeriums ist eine Leistungserbringung außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus für sich allein keine ausreichende Begründung für ein Überschreiten der Schwellenwerte nach § 5 Abs. 2 GOÄ (2,3facher, 1,8facher bzw. 1,5facher Satz). Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

1.3 Minderung der ärztlichen Honorare bei stationärer Behandlung
Nach § 6 a Abs. 1 Satz 1 GOÄ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge (ausgenommen der Zuschlag nach Buchstabe J im Abschnitt B V) um 25 v.H. zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert. Entsprechende Minderungssätze gelten nach § 7 GOZ auch für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen.

Der jeweilige Minderungsbetrag ist in der Rechnung anzugeben (§ 12 Abs. 2 Nr. 3 GOÄ bzw. § 10 Abs. 2 Nr. 3 GOZ). Für die Begründungspflicht bei Überschreiten der Schwellenwerte ist der Gebührensatz vor Abzug des Minderungsbetrages maßgebend (§ 12 Abs. 3 Satz 1 GOÄ bzw. § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

Nach den Urteilen des Bundesgerichtshofes vom 14.1.1998 – IV ZR 61/97 (NJW 1998, S. 1790), vom 17.9.1998 – III ZR 222/97 (NJW 1999, S. 868) und vom 13.6.2002 – III ZR 186/01 (NJW 2002, S. 2948) sind die Gebühren nach § 6a Abs. 1 GOÄ für sämtliche wahlärztliche, belegärztliche, konsiliarärztliche und sonstige privatärztliche Leistungen zu mindern, die untrennbar mit einer vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung verbunden sind. Dies gilt unabhängig vom Ort der Leistungserbringung – auch wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien eingesetzt hat (externe Leistungserbringung). Der Vorschrift liegt zur Harmonisierung von Bundespflegesatzverordnung und GOÄ eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstehen, denn § 6 a GOÄ soll nicht das Kosteninteresse des Leistungserbringers, sondern den Patienten vor finanziellen Benachteiligungen schützen.

1.4 Berechenbarkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Berechnungsfähigkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Nach ihrem Sinn und Zweck soll die Gebührenposition nach Nr. 4 des GOÄ-Gebührenverzeichnisses die Abrechnung einer Anamneseerhebung und/oder Beratung auch dann ermöglichen, wenn diese nach den besonderen Umständen des Behandlungsfalles die Einbeziehung einer Bezugs- oder Begleitperson erfordert, weil eine unmittelbare Vornahme gegenüber dem behandelten Patienten nicht möglich oder nicht sinnvoll ist. Sofern die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson bei bestimmten Personengruppen (z.B. bei Kindern) auch bei „normalem“ Gesundheitszustand der Regelfall bildet, muss diese als mit den Leistungen nach den Nrn. 1 bzw. 3 abgegolten betrachtet werden. Eine Berechnung der Nr. 4 im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern wird deshalb in der Regel nur bei Vorliegen besonderer Erschwernisse (z. B. bei behinderten Kindern) geboten sein.“

Sofern aus im Einzelfall gegebenem Anlass die Leistung nach Nr. 4 – auch im Hinblick auf eine dabei unter Einbeziehung einer Bezugsperson vorgenommene Beratung – berechnet werden kann, ist daneben für die Abrechnung einer Beratung nach den Nrn. 1 oder 3 kein Raum. Da es sich bei der im Leistungstext der Nr. 4 angesprochenen „Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en)“ charakteristischerweise um eine Leistung mit beratendem Inhalt handelt, ist diese mit der Gebühr nach Nr. 4 abgegolten und kann daneben nicht gesondert nach den Nrn. 1 oder 3 abgerechnet werden. Dem steht das Fehlen eines formellen Abrechnungsausschlusses (z. B. „... ist daneben nicht berechnungsfähig“), dem insoweit ohnehin nur deklaratorische Bedeutung zukommen könnte, nicht entgegen, da sich der Abrechnungsausschluss allgemein bereits aus § 4 Abs. 2 a Satz 1 GOÄ ergibt.“

1.5 Wegegeld und Besuchsgebühren

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Voraussetzungen für die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nach der GOÄ wie folgt Stellung genommen: „Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nrn. 48 bis 51 sowie Zuschläge nach Abschnitt B V, Buchstaben E bis H und K 2 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinne liegt vor, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht. Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig (Abschnitt B Ziffer 6 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ). Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nur in Betracht, wenn der Arzt nicht vereinbarungsgemäß oder regelmäßig beigezogen, sondern für einen bestimmten Patienten im konkreten Fall angefordert wird.“

1.6 Ambulantes Operieren

Nach Abschnitt C VIII des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen können zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen Zuschläge nach den Nrn. 440 bis 449 berechnet werden. Die Zuschläge sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig und in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

1.7 Sonstige Auslegungsfragen zur GOÄ und analoge Bewertungen

Bei der Bundesärztekammer wurde ein „Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“ eingerichtet. Dieser Konsultationsausschuss gibt sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der GOÄ gegenüber Ärztekammern und Mitgliedern ab. Die einvernehmlichen Beschlüsse sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Nach § 6 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen (analoge Bewertung). Das nachfolgende von der Bundesärztekammer herausgegebene Verzeichnis analoger Bewertungen ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. Darin sind die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Analogbewertungen enthalten.

1.7.1 Verzeichnis der Analogbewertungen (s. nebenstehende Tabelle)

1.7.2 Medizinisches Aufbautraining/Medizinische Trainingstherapie

Nach einem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung sind folgende Leistungen bis zum 2,3 fachen bzw. 1,8 fachen der Einzelsätze der GOÄ beihilfefähig:

- Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie / zum Medizinischem Aufbautraining einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 GOÄ.
- Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
- Medizinische Trainingstherapie / Medizinisches Aufbautraining mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (z.B. MedX-CE-/und/oder LE-Therapiemaschinen) analog Nr. 846 GOÄ, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 GOÄ (je Sitzung), zuzüglich begleitende kräftigungsgymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ. Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

1.7.3 Extrakorporale Stoßwellentherapie

Auf Grundlage eines Beschlusses der Bundesärztekammer kann die Extrakorporale Stoßwellentherapie bei dem in Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 genannten Indikationen analog der Nr. 1800 GOÄ (je Sitzung, 1480 Punkte) berechnet wer-

Verzeichnis der Analogbewertungen

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten bei Asthma bronchiale, Hypertonie – einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung	33	300	17,49
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus	70	40	2,33
A 353	Einbringung des Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z.B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie	351	500	29,14
A 409	A-Bild-Sonographie	410	200	11,66
A 482	Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z.B. ACE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z.B. Unterkühlung)	832	158	9,21
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock	476	380	22,15
A 618*	H2-Atemtest (z.B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617*	341	19,88
A 619*	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen	615*	227	13,23
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotentiale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotenzial EKG)	652	445	25,94
A 704	Analtometrie	1791	148	8,63
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26
A 796*	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad-/ oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650*	152	8,86
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	887	200	11,66
A 1006*	Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung bei auf Grund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, das mindestens über 64 Kanäle im Send- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindesten 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt, ggf. mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf, im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, Anlage 1c zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend, je Sitzung	5373*	1900	110,75
A 1007	Farbkodierte Dopplerechokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation, einschließlich eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung, ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, ggf. einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend	424 plus 404 plus 406	700 plus 205 plus 200 (Einfachsatz)	40,80 plus 4,57 plus 1,66
A 1008	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder direktionale Doppler-sonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse, ggf. zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig. Voraussetzung für das Einbringen der Leistungen nach Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 ist der Nachweis der Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde oder der fakultativen Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation.	649	650	37,89
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschalllicht	1158	739	43,07
A 1387	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling. Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut und Glaskörper berechnungsfähig.	2551	7500	437,15
A 1387.1	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautloch mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikro-chirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation). Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig. Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1: Die Ausschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörperchirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen – je nach Indikation – die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z.B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.	2551 plus 2531	75004 plus 7500	37,15 plus 437,15
A 1387.2	Macula-Rotation	1375	3500	204,01
A 1716	Spaltung einer Harnmöhrenstriktur unter Sicht (z. B. nach Sachse)	1802	739	43,07
A 1833 a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenstielkatheters, einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband	1833	237	13,81
A 3732*	Troponin-T-Schnelltest	3741*	200	11,66
A 3733*	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736*	120	7,00
A 3734*	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736*	120	7,00
A 3757*	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z.B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	3760*	70	4,08
A 4463*	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462*	230	13,41
A 7001	Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfeprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens.	1225	121	7,05
A 7002	Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren. Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zu Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden.	1200	59	3,44
A 7003	Quantitative Aniseikoniemessung, ggf. einschließlich qualitativer Aniseikonieprüfung	1226	182	10,61
A 7006	Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung	1227	248	14,46
A 7007	Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6	825	83	4,84
A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Horn hautdick und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge	1249	484	28,21

Verzeichnis der Analogbewertungen

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 7009	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratographie, ggf. an beiden Augen	415	300	17,49
A 7010	Laserscanning-Ophthalmoskopie	1249	484	28,21
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA)	423	500	29,14
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie	1229	182	10,61
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation,	1227	248	14,46
A 7014	Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung	413	280	16,32
A 7015	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges. Für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung	410	200	11,66
A 7016	Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge	420	80	4,66
A 7017	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits	1212	132	7,69
		424	700	40,80
		plus 406	plus 200	plus 11,66
A 7018	Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge	1298	132	7,69
A 7019	Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung	1215	121	7,05
A 7020*	Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression	1257*	242	14,11
A 7021	Operative Reposition einer intraokularen Linse	1353	832	48,50
A 7022	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings	1326	1110	64,70
A 7023	Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laserscanning Ophthalmoskopie	1217	242	14,11
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklo-Deviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen einschließlich Kopfneige-Test	1217	242	14,11
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (sog. Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	1480	86,27
A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse Eine Berechnung der Nr. 7026 neben einer Katarakt-Operation, z.B. nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in der gleichen Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z.B. der subluxierten Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.	1326	1110	64,70
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer	1217	242	14,11
A 7029	Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung	1366	1110	64,70

* Reduzierter Gebührenrahmen

den. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Die Behandlung einer Pseudarthrose setzt auf Grund größerer Risiken zwingend besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Traumatologie voraus, die verbunden mit einem im Einzelfall höheren Schwierigkeitsgrad und überdurchschnittlichen Zeitaufwand Gebühren bis zum 3,5fachen Gebührensatz rechtfertigen können.

2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

2.1 Praxiskosten

Gemäß § 4 Abs. 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist, oder wenn die Aufwendungen einen erheblichen Anteil am Honorar des Zahnarztes für diese Leistung ausmachen würde. Zu den Praxiskosten gehören nicht Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ). Diese sind neben den Gebühren gesondert berechnungsfähig. Implantatbohrsätze gehören ebenfalls nicht zu den Praxiskosten und können gesondert berechnet werden (BGH-Urteil vom 27.05.2004 – III ZR 264/03). Nicht berechnungsfähig sind dagegen die Kosten, die dem Zahnarzt für die Bevorratung von Implantaten entstehen. Sie sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.

Eine gesonderte Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ darf nur bei den in § 6 Abs. 1 GOZ ausdrücklich genannten Leistungen erfolgen. Eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ auch auf andere zahnärztliche Leistungen ist gemäß § 1 Abs. 1 GOZ ausgeschlossen (vgl. Beschluss des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg vom 19.4.1999 – 4 S 3178/98).

2.2 Bemessung der Gebühren

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nr. 1.1 entsprechend. Gemäß § 87 a SGB V in der Fassung des GKV-Reformgesetzes 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I, S. 2626) sind Mehrkosten für lichthärtende Kompositfüllungen in Schicht-

und Ätztechnik im Seitenzahnbereich bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes berechnungsfähig. Entsprechendes gilt für die Angemessenheit diesbezüglicher Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 BfV.

2.3 Gebühren für andere Leistungen

Gemäß § 6 Abs. 1 GOZ ist die Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen durch Zahnärzte auf die Abschnitte B I und II, C, D, E, V und VI, J, L, M unter den Nrn. 4113 und 4700, N sowie O dieses Gebührenverzeichnisses begrenzt. Soweit Zahnärzte Leistungen aus diesen Abschnitten erbringen, bestimmt sich die Vergütung dieser Leistungen nach den Vorschriften der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung. Dazu hat das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium wie folgt Stellung genommen:

„Die Verweisung betrifft nur solche Abschnitte der GOÄ, in denen Leistungen enthalten sind, die für Zahnärzte nach dem Berufsrecht in Frage kommen können. Die Verweisung auf ganze Abschnitte des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist aus pragmatischen, regelungstechnischen Gründen erfolgt. Aus diesen Abschnitten kann der Zahnarzt nicht alle Leistungen erbringen und berechnen, sondern nur solche Leistungen, die zu seinen beruflichen Leistungen gehören (§ 1 Abs. 1 GOZ) und den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechen (§ 1 Abs. 2 GOZ).“

2.4 Analoge Bewertungen

Gemäß § 6 Abs. 2 GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach In-Kraft-Treten der GOZ auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer zahnärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung. Dies gilt auch für Leistungen, die lediglich eine besondere Ausführung einer nach dem Gebührenverzeichnis bewerteten Leistung darstellen (§ 4 Abs. 2 GOZ).

2.5 Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der GOZ

2.5.1 Mit der Nr. 203 GOZ sollen besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgegolten werden. Es handelt sich um Maßnahmen (z.B. Separieren oder Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillen einer übermäßigen Papillenblutung), die das Füllen oder Präparieren von Kavitäten erleichtern oder sogar erst ermöglichen. Bei Durchführung mehrerer Einzelmaßnahmen an einem Behandlungstag kann die Gebühr nach Nr. 203 GOZ nur einmal in Ansatz gebracht und damit als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. Urteil des VG Augsburg vom 21.9.2000 – Au 2 K 99.1110 – und Beschluss des Bayer. VG vom 19.12.2000 – 3 ZB 00.3216 – sowie das Urteil des Bayer. VG vom 7.10.1993 – 3 B 92.2652). Ein mehrfacher Ansatz der Nr. 203 GOZ für Besonderheiten sowohl beim Präparieren als auch beim Füllen von Kavitäten ist ebenfalls nicht möglich. Die Nr. 203 GOZ kann nur in Verbindung mit Füllungen und Kronen berechnet werden.

2.5.2 Vom Leistungsinhalt der Nrn. 205, 207, 209 und 211 GOZ werden auch die Kompositfüllungen erfasst. Zur Bemessung der Gebühren vgl. Hinweise unter Nr. 2.2.

2.5.3 Bei Inlays ist die temporäre Versorgung der Kavität zwischen Präparieren der Kavität und Eingliedern der endgültigen Einlagefüllung Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 215 bis 217 GOZ. Daneben können Gebühren nach den Nrn. 227, 228 oder 202 GOZ nicht berechnet werden (vgl. Urteil des BGH vom 13.5.1992 – IV ZR 213/91).

2.5.4 Bei der „professionellen Zahnreinigung“ handelt es sich um Leistungen zur Befreiung der Zahnoberflächen und Zahnwurzeloberflächen von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen. Der Leistungsinhalt entspricht unabhängig vom angewandten Verfahren (z.B. Entfernung mit Handgeräten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten, Pulverstrahlgeräten, Scaling-Gels) den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 405, 406 und 407 GOZ.

2.5.5 Für das Einbringen und Entfernen der Membran im Rahmen der gesteuerten Geweberegenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration, GTR) kann die Nr. 413 GOZ analog als Komplexgebühr oder die Nrn. 412 und 411 GOZ

analog jeweils als gesonderte Gebühr für das Einbringen und Entfernen der Membran berechnet werden. Die Kosten für die Membranen (Manschetten) können gesondert berechnet werden.

2.5.6 Neben der Nr. 504 GOZ ist die Nr. 508 GOZ nicht berechenbar. Der Sekundärteil einer Teleskopkrone ist kein Verbindungselement im Sinne der Nr. 508 GOZ (vgl. u. a. Urteil des BVerwG vom 30.5.1996 – 2 C 10.95).

2.5.7 Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ können quartalsmäßige Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung (vgl. Rundschreiben des BMI vom 19.5.1988, GMBI. S. 311).

Die Leistungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ als angemessen angesehen werden (vgl. Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 24.3.1997 – 3 B 95.1895).

2.5.8 Die Berechnung der Nr. 619 GOZ kommt grundsätzlich nur bei einer kieferorthopädischen Behandlung in Betracht. Für notwendige Beratungen und Gespräche im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung stehen dem Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 1 GOZ die entsprechenden Gebühren nach der GOÄ zur Verfügung.

2.5.9 Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nrn. 215 bis 217 GOZ), Kronen (Nrn. 220 bis 222 GOZ), Brücken (Nrn. 500 bis 504 GOZ) und Prothesen (Nrn. 520 bis 523 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 222, 504 und 523 GOZ auch die Relationsbestimmung bzw. die Bestimmung der Kieferrelation. Deshalb dürfen in zeitlichem Zusammenhang mit diesen Leistungen keine Gebühren aus dem Abschnitt J des Gebührenzeichnisses der GOZ (funktionsanalytische und funktions-therapeutische Leistungen) berechnet werden.

2.5.10 Nummer 3 GOÄ ist neben Nummer 001 GOZ berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungs-, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; die Abrechnungsbestimmung zu Nummer 3 GOÄ ist jedoch zu beachten.

2.5.11 Nummer 5 GOÄ ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der GOZ enthalten ist.

2.6 Besondere Auslegungsfragen zur GOZ
Die einvernehmlichen Beschlüsse des bei der Bundeszahnärztekammer eingerichteten „Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen“ sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.
Beschluss Nr. 1 vom 7.5.2001:

Bei der Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung, d.h. zeitlich getrennt als vorbereitende Maßnahme zur Implantation, kann neben den Nrn. 409, 410 GOZ die Nr. 413 GOZ analog berechnet werden. Bei einzeitigem Vorgehen können neben der Nr. 413 GOZ die Nrn. 409, 410 GOZ nicht berechnet werden.

Es besteht Konsens, dass GTR/GBR in der Parodontologie seinen Ursprung hat und heute häufig auch in der Implantologie angewendet wird. In der Parodontologie ist anerkannt, dass die Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung nach den Nrn. 409, 410 GOZ oder neben der Nr. 413 GOZ analog berechnet werden kann. Es besteht Einigkeit, dass, wenn über eine solche Aussage in der Parodontologie Konsens besteht, sie auch in der Implantologie gelten soll.

Beschluss Nr. 2 vom 7.5.2001:

Nr. 900 GOZ – Implantate, Analyse/Vermessung
Die Nr. 900 GOZ ist einmal pro Kiefer berechenbar, auch bei mehreren Implantatsystemen. Wird die klinische Situation durch präimplantologische chirurgische Eingriffe verändert und ergibt sich dadurch die Notwendigkeit einer erneuten Analyse, so ist die Nr. 900 GOZ erneut berechenbar.

Beschluss Nr. 3 vom 7.5.2001:

Nr. 902 GOZ - Messschablone
Die Leistung nach Nr. 902 GOZ ist je nach Notwendigkeit, ggf. auch mehrmals pro Implantat berechenbar.

Beschluss Nr. 4 vom 7.5.2001:

Nr. 904 GOZ – Implantate freilegen
Die Leistung nach Nr. 904 GOZ ist pro Implantatposten einmal berechnungsfähig. In Ausnahmefällen bei begründeter medizinischer Indikation kann die Nr. 904 GOZ wieder berechnet werden.

Beschluss Nr. 5 vom 7.5.2001:

Nr. 905 GOZ – Implantate, Berechenbarkeit von Nrn. 229, 231 und 511 GOZ

Die Nrn. 229, 231 und 511 GOZ sind für die Abnahme und Wiederbefestigung bedingt abnehmbarer Suprakonstruktionen berechnungsfähig. Müssen zusätzlich am Implantatkörper Sekundärteile ausgewechselt werden, so ist die Nr. 905 GOZ zusätzlich berechenbar.

Beschluss Nr. 6 vom 7.5.2001:

Nr. 905 GOZ – Implantate, Sekundärteil auswechseln bei bestehender prothetischer Versorgung
Die Leistung nach der Nr. 905 GOZ ist pro Implantatpfiler und je Sitzung bei einem Wechselvorgang oder Austausch einmal berechenbar.

Die Nr. 905 GOZ ist eine Implantatposition, nicht Hilfsposition bei Suprakonstruktionen.

Beschluss Nr. 7 vom 7.5.2001:

Nr. 2730 GOÄ – Alveolarfortsatz, Lagerbildung für Aufbau
Die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbetts löst keine eigene Gebührenposition aus.

Beschluss Nr. 8 vom 7.5.2001:

Implantate, Verschraubungen
Bei verschraubten Kronen ist die Nr. 508 GOZ in Verbindung mit der Nr. 220/500 GOZ nicht berechnungsfähig, da die Befestigung einer Krone im Zusammenhang mit deren Eingliederung mit der Gebühr für die Krone abgegolten ist (§ 4 Abs. 2 GOZ).

3. Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern bestimmt sich nach § 5 Abs. 1 Satz 3 BzV. Danach sind derartige Aufwendungen angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des GebüH (herausgegeben 1985, Neuauflage in Euro zum 1.1.2002), jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmes der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen. Eine Leistungsübersicht des GebüH und die beihilfefähigen Höchstbeträge sind in Nr. 3.2 aufgeführt. Erläuternd ist dabei anzumerken:

a) Sind unter einer GebüH-Nr. verschiedene Leistungen aufgeführt, die in der GOÄ mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, ist der beihilfefähige Betrag in der Reihenfolge der Leistungsaufzählung untergliedert in A, B etc..

b) In die GOÄ nicht aufgenommene Leistungen wurden – soweit möglich – analog bewertet oder mit Anmerkungen versehen, die z.B. auf die wissenschaftlich nicht allgemeine Anerkennung nach § 6 Abs. 2 BzV hinweisen.

3.1 Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) wurde von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland 1985 herausgegeben (Neuauflage in Euro zum 01.01.2002) und ist im Folgenden aufgeführt:

Einführung

Heilpraktiker üben ihren Beruf eigenverantwortlich aus und zählen zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG. Die Tätigkeit des Heilpraktikers beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag mit dem Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 BGB nicht an eine Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen. Der Heilpraktiker schließt mit dem Patienten einen Dienstvertrag (§§ 611 bis 630 BGB), der ihn zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, den Patienten zur Gewährung einer Vergütung verpflichtet.

Nach § 611 BGB ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen Heilpraktiker und Patient überlassen. Wurde beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen, so gilt sie doch nach § 612 BGB als vereinbart. Ist in Ermangelung einer Taxe die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 Abs. 2). Die Höhe der üblichen Vergütung resultiert aus der Bestimmung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB). Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

In einer unter den in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Heilpraktikern durchgeführten Umfrage wurde die Höhe des durchschnittlich festgestellten Honorarrahmens ermittelt. Die Auswertung der ermittelten Honorare fand ihren Niederschlag im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH). Das GebüH ist also keine Gebührentaxe, sondern ein Verzeichnis der durchschnittlich üblichen Vergütungen, welches als Berechnungshilfe bei der Rechnungserstellung dient. Sofern die Höhe des Honorars vor der Behandlung nicht ausdrücklich vereinbart wurde, kann der Patient davon ausgehen, dass sie sich im Rahmen der im GebüH enthaltenen Beträge bewegt.

Allgemeine Grundsätze

Eine Rechnungserstellung hat korrekt im Sinne der Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zu erfolgen. Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zahlungspflichtigen, als auch für den möglichen Kostenträger übersichtlich und nachvollziehbar sein. Hierbei sind insbesondere anzugeben:

- Vor- und Zuname sowie die vollständige Adresse des Patienten
- die vollständige Diagnose
Hierbei sind für alle im entsprechenden zeitlichen Zusammenhang durch den Heilpraktiker festgestellten und/oder behandelten Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen die entsprechenden Diagnosen in nachvollziehbarer Form anzugeben, so dass sich ein erkennbarer Zusammenhang zu allen Behandlungsmaßnahmen sowie den verordneten oder verwendeten Arzneimitteln ergibt.
- jede Einzelleistung mit der entsprechenden GebüH-Nr.
- jeder Einzelbetrag der entsprechenden Leistung
- jeder Leistungskomplex mit dem entsprechenden Datum.

Im Rahmen seines ganzheitlichen Behandlungszieles wendet der Heilpraktiker die notwendigen Verfahren an, die zu einer diagnostischen Abklärung und einer entsprechenden therapeutischen Beeinflussung des jeweiligen Krankheitsgeschehens notwendig sind.

Für die Anwendung von Injektions- und Infusionspräparaten bei erstattungsberechtigten Patienten ist die folgende Anmerkung zu beachten:

Nach § 4 Abs. 3 der Musterversicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungen werden Arzneimittel grundsätzlich nur dann erstattet, wenn sie vom Behandler verordnet und vom Patienten aus der Apotheke bezogen werden. Ohne Rechtspflicht erstatten einige Kostenträger Arzneimittelkosten auch dann, wenn nicht der Patient das Arzneimittel (ggf. Ampullen) aus der Apotheke bezieht, sondern lediglich einzelne Ampullen aus Praxisvorräten verwendet werden und diese mit Namen und Preis auf der Rechnung erscheinen. Die Arzneimittel sollten aus rechtlichen Gründen auf der Rechnung von den persönlichen Leistungen gesondert als Auslagen ausgewiesen werden. Ampullen, die ohne gesonderte Berechnung zur Anwendung kommen, sind ebenfalls namentlich zu benennen.

Fremdleistungen, wie Kosten eines Fremdlabors, soweit der Heilpraktiker Laboruntersuchungen nicht im eigenen Labor oder als Gesellschafter einer Laborgemeinschaft erbringt, sind nur mit dem Gestehtungspreis berechenbar. Verauslagte Arzneimittel, wie Ampullen, Infusionsflaschen oder sonstige Materialien, können ebenso nur mit dem Gestehtungspreis zur Berechnung kommen. Alle Fremdleistungen sind auf der Rechnung grundsätzlich vom übrigen Honorar getrennt als Auslagen auszuweisen.

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sind nicht gesondert berechnungsfähig:

- Porto- und Versandkosten innerhalb einer Laborgemeinschaft, Kleinmaterialien wie Zellstoff- und Mulltupfer, Schnellverbandmittel, Verbandspray, Einmalspatel- und -stäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge, kleine Mull- und Zellstoffkompressen. (Werden wegen der Besonderheit, des Falles größerer Mengen Mull oder Zellstoff benötigt, können diese mit dem Gestehtungspreis zur Berechnung kommen).
- Mittel zur Oberflächenanästhesie, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Puder und Salben sowie geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung.
- Einmalartikel, wie: Einmalspritzen, Einmalkaniülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmaldarmrohre.

Leistungen, die nicht im GebüH enthalten sind, können entsprechend einer ähnlichen Leistung im GebüH berechnet werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung kann erforderlich sein. Die Kennzeichnung der analogen Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Nr. ist möglich.

Sofern keine analoge Leistungsziffer gegeben ist, kann die Leistung ohne GebüH-Nr. mit einer Leistungsbeschreibung dargelegt werden. Das Zitieren aus anderen Leistungsverzeichnissen ist möglich.

2.2 Vom Abdruck des GebüH wurde aus Platzgründen abgesehen.

Anlage 1

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BfV)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1. Allgemeines

1.1 ¹Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BfV sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig. ²Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

1.2 ¹Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. ²Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.

1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 4 schließen sich aus.

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

2.1 ¹Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
 - beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
 - die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.
- ²Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. ³Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

2.2 Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie nach einem Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z.B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumata),
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

2.3 ¹Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

2.3.1 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1, weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.5 bei einer der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im

Verhältnis 1 zu 4. ²Abweichungen bedürfen der Begründung. ³Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.

2.4.1 ¹Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. ²Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. ³Ein 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.

2.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz – PsychThG – kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

2.4.2.2 ¹Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- 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.

²Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. ³Ein Psychologischer Psychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.3.1 Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundiert und/oder analytische Psychotherapie).

2.4.3.2 ¹Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- 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 für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

²Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. ³Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.4 ¹Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch

einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.²Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

- 2.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

Verhaltenstherapie

- 3.1 ¹Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn
- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
 - beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind, und
 - die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

²Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig.³Dies gilt auch dann, wenn sich die Verhaltenstherapie als nicht notwendig erweist.

⁴Vom dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50minütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert.⁵Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten.⁶Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

- 3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:
- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien),
 - vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
 - Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz.
 - seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie nach einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
 - seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen).

- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen – besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden – erkennen lassen.

- 3.3 ¹Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung
- 40 Sitzungen,
 - bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen 50 Sitzungen nicht überschreiten.

²Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten sind die Aufwendungen für 40 Sitzungen beihilfefähig.³Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden.⁴Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.⁵Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

- 3.4.1 ¹Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein.²Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

- 3.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefende Ausbildung erfahren hat.

- 3.4.2.2 ¹Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - 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.

- 3.4.3 ¹Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.²Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

- 3.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

4. Psychosomatische Grundversorgung
Die psychosomatische Grundversorgung umfasst verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und die Anwendung übender und suggestiver Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie, Hypnose).

- 4.1 ¹Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:
- bei verbaler Intervention als einzige Leistung zehn 10 Sitzungen;
 - bei autogenem Training und bei der Jacobsonischen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;
 - bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

²Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes sind beihilfefähig.

- 4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kinderheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für Urologie durchgeführt wird.

- 4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.

- 4.4 ¹Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden.²Autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

5. Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren
¹Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig: Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heilerhythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, neuropsychologische Behandlung.

²Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

³Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

Anlage 2

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BfV)

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den folgenden Maßgaben beihilfefähig.

1. Zahntechnische Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nummern 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik – außer Glaskeramik, nach Nummer 7 Buchstabe b – sind zu 40 v.H. ab 1.1.2005 (bis dahin 60 v.H.) beihilfefähig.

2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

- die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern, ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird.

3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

¹Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),

- Zahnbetterkrankungen – Parodontopathien –,
- umfangreiche Gebiss-Sanierung, d.h. wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

²Außerdem ist der erhobene Befund mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt zu belegen.

4. Implantologische Leistungen

¹Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig.

- a) Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
- b) Freilandücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
- c) Fixierung einer Totalprothese.

²Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig. Aufwendungen für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

¹Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände beihilfefähig. ²Für Verbindungs-

elemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselementen, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen, beihilfefähig.

³Werden durch mehrere Einzelbrücken je Kiefer im einzelnen nicht mehr als drei beziehungsweise vier fehlende Zähne, insgesamt aber mehr als vier fehlende Zähne ersetzt, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

6. Wartezeit für Beamte auf Widerruf

¹Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nummern 214 bis 217, 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. ²Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. ³Dies gilt ferner nicht, wenn der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden,
- b) Glaskeramik einschließlich der anfallenden Nebenkosten, wie Charakterisierung.

Anlage 3

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 BthV)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind – ggf. im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind

Abduktionslagerungskeil
Absauggerät (z.B. bei Kehlkopfkrankung)
Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z.B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
Alarmgerät für Epileptiker
Anatomische Brillenfassung
Anti-Varus-Schuh
Anus-*praeter*-Versorgungsartikel
Anzieh-/Ausziehhilfen
Aquamat
Armmanschette
Armtragegurt/-tuch
Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-Stuhl
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprüfung)
Aufrichteschlaufe
Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)
Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen
Augenschiellappe, auch als Folie

Badestumpf
Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthrit)
Badewannenverkürzer
Ballpritze
Behinderten-Dreirad
Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
Bettnässer-Wecker
Beugebandage
Billroth-Batist-Lätzchen
Blasenfistelbandage
Blindenführhund (einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
Blindenschriftmaschine
Blindenstock/-langstock/-taststock
Blutlanzette
Blutzuckermessgerät
Bracelet
Bruchband

Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

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, Umsetzungen
Druckbeatmungsgerät
Duschsitz/-stuhl

Einlagen (orthopädische)
Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
Ekzem-Manschette
Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
Ergometer nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle, jedoch nicht Fahrradergometer
Ernährungssonde

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
Fingerling
Fingerschiene
Fixationshilfen
(Mini)Fonator

Gehgipsalosse
Gehhilfen und -übungsgeräte
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Kno-

chenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien
Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)
Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)
Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
Gipsbett, Liegeschale
Glasstäbchen
Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz
Gummistrümpfe

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
Handgelenkriemen
Hebekissen
Heimdialysegerät
Helfende Hand, Scherenzange
Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör
Hörgeräte (HdO, Taschengehör, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte bis zur Höhe der Kosten von HdO-Geräten)
Hüftbandage (z.B. Hohmann-Bandage)

Impuls vibrator
Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör
Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, wäscher
Innenschuh, orthopädischer
Insulinanplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät,pumpe, injektor)
Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen
Ipos-Vorfußbelastungsschuh

Kanülen und Zubehör
Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
Klumpfußschiene
Klumphand-schiene
Klyso
Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
Kniepolster/Kniebrücke bei Unterschenkelamputation
Knöchel- und Gelenkstützen
Körperersatzstücke einschl. Zubehör
Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
Kordinator nach Schielbehandlung
Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
Kopfschützer
Krabblerrahmen für Spastiker
Krampfaderröhrchen
Krankenfahrstuhl mit Zubehör
Krankenstock
Kreuzstützbandage
Krücke

Latextrichter bei Querschnittlähmung
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
Lesegeräte für Blinde/Opton, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen
Lesehilfen (Leseblätter, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannelifter)
Lispelsonde

Mangoldische Schnürbandage
Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen
Milchpumpe
Mundsperrer
Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrektorschienen, Korsetts u.ä., auch Haltemanschetten usw.
Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen
Pavlikbandage

Penisklemme
Peroneusschiene, Heidelberger Winkel
Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung
Polarimeter

Ouvengelschiene

Reflektometer
Rektophor
Rollbrett
Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64,00 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
Stehübungsgerät
Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
Strickleiter
Stubbies
Stumpfschuhhülle
Stumpfstrumpf
Suspensorium
Symphysen-Gürtel

(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
Teleskoprampe
Tinnitus-Masker, auch in Kombination mit Hörgeräten
Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
Tragegurtsitz

Übungsschiene
Urinale
Urostomie-Beutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe
Wechseldruckgerät
Wright-Peak-Flow-Meter

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.
3. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.
4. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
5. ¹Die innerhalb eines Kalenderjahres über 100,00 Euro hinausgehenden Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig. ²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
6. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind beihilfefähig.
7. ¹Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512,00 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarverlust (z.B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z.B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarverlust

vorliegt. ²Die Aufwendungen für eine Zweiterücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. ³Die 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 Zeitraumes die Kopfform geändert hat.

8. Aufwendungen für Erektionshilfen sind nicht beihilfefähig.

9. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 5 Abs. 1), von geringem oder umstrittenen therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 6 Abs. 4 Nr. 3) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk
Adju-Set/-Sano
Angorawäsche
Aqua-Therapie-Hose
Arbeitsplatte zum Rollstuhl
Augenheizkissen
Autofahrerrückenstütze
Autokindersitz
Autokofferraumlifter
Autolifter

Badewannengleitschutz/-kopsstütze/-matte
Bandagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)
Basalthermometer
Basisrampe
Bauchgurt
Behindertenstuhl „eibe“
Berkemannsandalen
Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie
Bet/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
Bet-Tisch
Bidet
Bill-Wanne
Blinden-Schreibsystem
Blinden-Uhr
Blutdruckmessgerät
Brückentisch

Coralle-Schuh

Dusche

Einkaufsnetz
Einmal-Handschuhe
Eisbeutel und -kompressen
Elektrische Schreibmaschine
Elektrische Zahnbürste
Elektrofahrzeuge (z.B. LARK, Graf Carello)
Elektro-Luftfilter
Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)
Elektronisches Notizbuch
Ess- und Trinkhilfen
Expander

Farberkennungsgerät
Fieberthermometer
(Funk-)Lichtwecker
Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

Ganter-Aktiv-Schuhe
(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)
Handtrainer
Hängellege
Hantel (Federhantel)
Hausnotrufsystem
Hautschutzmittel
Heimtrainer
Heizdecke/-kissen
Hilfsgeräte für die Hausarbeit
Holzsandalen
Höhensonne
Hörkissen
Hörkragen Akusta-Coletta

Intraschallgerät „NOVAFON“
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
Ionisierungsgeräte (z.B. Ionisator Polimed 100)
Ionopront, Permax-Sauerstoffzeuger

Katapultsitz
Katzenfell
Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 1 erfasst)
Knickfußstrumpf
Knoche Natur-Bruch-Slip
Kolorimeter
Kommunikationssystem
Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung
Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidekubitusbett)
Krankenunterlagen
Kreislaufgerät „Schiele“

Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
Language-Master
Linguaduc-Schreibmaschine
Luftpolsterschuhe
Luftreinigungsgeräte

Magnetfolie
Monophonator
Munddusche

Nackenheizkissen
Nagelspange Link

Öldispersionsapparat
Orthopädische Bade- und Turnschuhe

Prothesenschuh
Pulsfrequenzmesser

Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben
Rotlichtlampe
Rückentrainer

Salbenpinsel
Sauerstoffgeräte
Schlaftherapiegerät
Sicherheitsschuh, orthopädisch
Spezialsitze
Spirometer
Spranzbruchband
Sprossenwand
Sterilisator
Stimmübungssystem für Kehlkopflose
Stockroller
Stockständer
Stützstrümpfe
Stufenbett
SUNTRONIC-System (AS 43)

Taktellgerät
Tamponapplikator
Tandem für Behinderte
Telefonverstärker
Telefonhalter
Therapeutische Wärmesegmente
Therapeutisches Bewegungsgerät
Transit-Rollstuhl
Treppenlift, Monolift, Plattformlift
Tünkers Butler

Übungsmatte
Umweltkontrollgerät
Urin-Prüfgerät Oromat

Venenkissen

Waage
Wandstandgerät
WC-Sitz

Zahnpflegemittel
Zehenkorrektursandale
Zweirad für Behinderte.

10. ¹Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in dieser Anlage aufgeführt noch den aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern. ²Das Bundesministerium des Innern kann das Einvernehmen bei einzelnen Hilfsmitteln oder bei Gruppen von Hilfsmitteln allgemein erteilen. ³Soweit das Einvernehmen allgemein erteilt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen.

11. Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

11.1 ¹Sehhilfen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind beihilfefähig.
²Voraussetzung für die Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes. ³Bei der Erstbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.

11.2 Aufwendungen für Brillen sind – einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

- 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
- bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt) zuzüglich je Glas = 21,00 Euro
- Dreistufen- oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas = 21,00 Euro
- Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas = 21,00 Euro.

11.3 Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nr. 11.2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

11.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 21,00 Euro

- bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
- bei Anisotropien ab 2 dpt,
- unabhängig von der Gläserstärke
 - bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
 - bei Patienten mit chronischem Druckekzem 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,
 - bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

11.3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas bis zu 11,00 Euro

- bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z.B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsenrübungen),
- bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z.B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
- bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht beherrschbar sind (z.B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
- bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z.B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
- bei Ziliar neuralgie,
- bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- bei totaler Farbenblindheit,
- bei Albinismus,
- bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z.B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- bei Gläsern ab + 10 dpt,
- im Rahmen einer Fototherapie,
- bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

11.4 Kontaktlinsen

11.4.1 Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Abs. 3 SGB V beihilfefähig.

11.4.2 Sofern ein Ausnahmefall nach Nummer 11.4.1 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 Euro (sphärisch) und 230,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig:

11.4.3 Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.

11.4.4 Beihilfefähig sind ferner neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen – im Rahmen der Nr. 11.2 und 11.3 – Aufwendungen für:

- a) eine Reservebrille oder
- b) eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinsen und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie.

11.5 ¹Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 11.2 und 11.3 (die Voraussetzungen der Nummer 11.3.1 entfallen),
- b) für eine Brillenfassung bis zu 52,00 Euro.

²Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können die Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohrbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u.ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.

11.6 Im Übrigen sind die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil

- a) sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,
- b) die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- c) bei Kindern sich die Kopfform geändert hat.

11.7 Aufwendungen für

- a) Brillenversicherungen
 - b) Euis
- sind nicht beihilfefähig.

12. ¹Beihilfefähig sind ferner nach schriftlicher Verordnung eines Augenarztes Sehhilfen nach Nummer 11 für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die unter folgenden Erkrankungen leiden:

- a) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüsse H 54.0) oder
- b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder
- c) gravierende Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
- d) erhebliche Gesichtsfeldausfällen.

²Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzung oder Augenkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in den nach § 53 Abs. 1 Satz 3 SGB V genannten Fällen beihilfefähig.

13. ¹Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) Anschaffungen zweier Langstöcke sowie ggf. elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung.
- b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks 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 zum 100 Stunden 56,43 Euro
 - bb) Fahrzeitenentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird 44,87 Euro
 - cc) Fahrtkostenerstattung für Fahrten 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 des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist 26,00 Euro

²Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezial-einrichtung (stationär) durchgeführt werden.

³Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen 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 ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten 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 den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. ⁴Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzministeriums vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

