

Bundesbeihilfeverordnung und Allgemeine Verwaltungsvorschrift

gültig ab 14.02.2009

Continental Krankenversicherung a.G.
Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
www.continentale.de/bundeswehr

*Exklusiver Versicherungsschutz vom
Empfehlungsvertragspartner der*



Förderungs- und
Versicherungsgesellschaft
des Deutschen
Bundeswehrverbandes mbH



**Verordnung über
Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
(Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)**

Vom 12. Februar 2009

Auf Grund des § 80 Abs. 4 des Bundesbeamtengesetzes vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) verordnet das Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium für Gesundheit:

**Allgemeine Verwaltungsvorschrift
zur Rechtsverordnung über die Gewährung von
Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
(Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)**

Nach § 57 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 13. Februar 2009 erlässt das Bundesministerium des Innern folgende Verwaltungsvorschrift zur Durchführung der Bundesbeihilfeverordnung:

Trotz sorgfältiger Zusammenstellung der Texte und Tabellen kann für fehlerhafte Angaben und deren Folgen keine Haftung übernommen werden. Verbindlich bezüglich sämtlicher Angaben sind die Beihilfevorschriften in der Fassung der amtlichen Veröffentlichungen. Verbindliche Auskünfte erteilen die zuständigen Stellen in den Ministerien und die Beihilfefestsetzungsstellen.

gültig ab: 1. August 2009

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3	Abschnitt 3 Rehabilitation	43
Kapitel 1 Allgemeine Vorschriften	4	§ 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen	43
§ 1 Regelungszweck	4	§ 35 Rehabilitationsmaßnahmen	44
§ 2 Beihilfeberechtigte	4	§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen	70
§ 3 Beamtinnen und Beamte im Ausland	5	Kapitel 3 Aufwendungen in Pflegefällen	71
§ 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige	5	§ 37 Grundsatz	71
§ 5 Konkurrenzen	6	§ 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege	71
§ 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen	7	§ 39 Vollstationäre Pflege	71
§ 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch	8	§ 40 Palliativversorgung	72
§ 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit	8	Kapitel 4 Aufwendungen in anderen Fällen	73
§ 9 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen	10	§ 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorge- maßnahmen	73
§ 10 Beihilfeanspruch	10	§ 42 Schwangerschaft und Geburt	75
§ 11 Aufwendungen im Ausland	11	§ 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnis- regelung und Schwangerschaftsabbruch	76
Kapitel 2 Aufwendungen in Krankheitsfällen	12	§ 44 Tod der oder des Beihilfeberechtigten	77
Abschnitt 1 Ambulante Leistungen	12	§ 45 Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende	78
§ 12 Ärztliche Leistungen	12	Kapitel 5 Umfang der Beihilfe	78
§ 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern	12	§ 46 Bemessung der Beihilfe	78
§ 14 Zahnärztliche Leistungen	12	§ 47 Abweichender Bemessungssatz	79
§ 15 Implantologische, kieferorthopädische, funktions- analytische und funktionstherapeutische Leistungen	13	§ 48 Begrenzung der Beihilfe	80
§ 16 Auslagen, Material- und Laborkosten	14	§ 49 Eigenbehalte	81
§ 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf	14	§ 50 Belastungsgrenzen	83
§ 18 Psychotherapeutische Leistungen	14	Kapitel 6 Verfahren und Zuständigkeit	83
Psychotherapie-Gutachten	25	§ 51 Bewilligungsverfahren	83
§ 19 Psychosomatische Grundversorgung	27	§ 52 Zuordnung von Aufwendungen	86
§ 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie	27	§ 53 Elektronische Gesundheitskarte	86
§ 21 Verhaltenstherapie	28	§ 54 Antragsfrist	86
Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen	29	§ 55 Geheimhaltungspflicht	87
§ 22 Arznei- und Verbandmittel	29	§ 57 Verwaltungsvorschriften	88
§ 23 Heilmittel	34	Kapitel 7 Übergangs- und Schlussvorschriften	88
§ 24 Komplextherapien	35	§ 58 Übergangsvorschriften	88
§ 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke	35	§ 59 Inkrafttreten	89
§ 26 Krankenhausleistungen	36	Anlage 1 (zu § 6 Abs. 2)	90
§ 27 Häusliche Krankenpflege	38	Anlage 2 (zu §§ 18 bis 21)	92
§ 28 Familien- und Haushaltshilfe	39	Anlage 3 (zu § 23 Abs. 1 und § 24 Abs.1)	94
§ 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland	39	Anlage 4 (zu § 23 Abs. 1)	95
§ 30 Soziotherapie	40	Anlage 5 (zu § 25 Abs. 1 und 4)	100
§ 31 Fahrtkosten	41	Anlage 6 (zu § 25 Abs. 1, 2 und 4)	107
§ 32 Unterkunftskosten	42		
§ 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlau- fende Krankheiten	43		

Abkürzungsverzeichnis

AbgG Abgeordnetengesetz	GKV Gesetzliche Krankenversicherung
BBesG Bundesbesoldungsgesetz	GOÄ Gebührenordnung für Ärzte
BeamtVG Beamtenversorgungsgesetz	GOZ Gebührenordnung für Zahnärzte
BGH Bundesgerichtshof	OVG Oberverwaltungsgericht
BhV Beihilfevorschrift	PKV Private Krankenversicherung
BPfIV Bundespflegeverordnung	PPV Private Pflegeversicherung
BSG Bundessozialgericht	SGB XI Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung
BVerfG Bundesverfassungsgericht	SPV Soziale Pflegeversicherung
BVG Bundesverwaltungsgericht	VG Verwaltungsgericht
BVG Bundesversorgungsgesetz	WDB Wehrdienstbeschädigung

Bundesbeihilfeverordnung – BBhV und Allgemeine Verwaltungsvorschrift¹ zur Rechtsverordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen

Kapitel 1 Allgemeine Vorschriften

§ 1 Regelungszweck

Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfe in den gesetzlich vorgesehenen Fällen. Die Beihilfe ergänzt die gesundheitliche Eigenvorsorge, die in der Regel aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

Zu § 1

Die Beihilfe ist eine eigenständige ergänzende beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamtinnen und Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die den Beamtinnen und Beamten und ihren Familien gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. Diese verlangt jedoch keine lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen. Neben Beamtinnen und Beamten können weitere Personengruppen aufgrund spezialgesetzlicher Verweisungen einen Beihilfeanspruch haben (vgl. z. B. § 27 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes (AbgG), § 46 des Deutschen Richtergesetzes (DRiG) oder § 31 des Soldatengesetzes (SG)).

§ 2 Beihilfeberechtigte

(1) Soweit nicht die Absätze 2 bis 5 etwas anderes bestimmen, ist beihilfeberechtigt, wer im Zeitpunkt der Leistungserbringung

1. Beamtin oder Beamter,
2. Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder
3. frühere Beamtin oder früherer Beamter

ist.

(2) Die Beihilfeberechtigung setzt ferner voraus, dass der oder dem Beihilfeberechtigten Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsbühnisse, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeiträge nach den Abschnitten II, III oder V oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI des Beamtenversorgungsgesetzes zustehen. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen Elternzeit oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden.

(3) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte,
2. Beamtinnen und Beamte, deren Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst im Sinne des § 40 Abs. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes beschäftigt sind, und
3. Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

(4) Nicht beihilfeberechtigt nach dieser Verordnung sind diejenigen Beamtinnen und Beamten des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamtinnen oder Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.

(5) Nicht beihilfeberechtigt nach dieser Verordnung sind diejenigen Beamtinnen und Beamten, die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sind, soweit die Satzung für beihilfefähige Aufwendungen dieser Mitglieder Sachleistungen vorsieht und diese nicht durch einen Höchstbetrag begrenzt sind.

Zu § 2

Zu Absatz 1

Witwen oder Witwer und Waisen von Beihilfeberechtigten, die Ansprüche nach Absatz 2 haben und damit zu den Personen nach Nummer 2 gehören, sind bereits von dem Tag an selbst beihilfeberechtigt, an dem die oder der Beihilfeberechtigte stirbt.

Zu Absatz 2

Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen insbesondere § 22 Abs. 1 Satz 2, § 51 Abs. 3, die §§ 53 bis 56, § 61 Abs. 2 und 3 und § 87 Abs. 3 des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG), § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) sowie § 10 Abs. 4 und 7 des Postpersonalrechtsgesetzes (PostPersRG) in Betracht.

Ein Anspruch auf Beihilfe besteht auch, wenn eine Freistellung nach § 92 Abs. 1 Nr. 2 des Bundesbeamtenengesetzes (BBG) erfolgt. Dies gilt nicht, wenn die Beamtin oder der Beamte berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger einer oder eines Beihilfeberechtigten wird oder Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hat. Die Rechtsgrundlage dazu befindet sich im § 92 Abs. 5 Satz 1 BBG.

Ein Anspruch auf Beihilfe besteht auch während der Elternzeit. Der Rechtsanspruch ergibt sich aus § 80 Abs. 1 Nr. 1 BBG.

¹ Der Text der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften ist farbig hinterlegt und nach den jeweiligen Paragrafen abgedruckt.

Zu Absatz 3

Nach § 27 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) erhalten Mitglieder des Deutschen Bundestages und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger nach diesem Gesetz einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV). Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt.

Soweit die Mitglieder des Deutschen Bundestages, die zugleich Mitglieder der Bundesregierung oder Parlamentarische Staatssekretärinnen 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.

Zu Absatz 4 (bleibt frei)**Zu Absatz 5 (bleibt frei)****§ 3****Beamtinnen und Beamte im Ausland**

Beihilfeberechtigt nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sind auch diejenigen Beamtinnen und Beamten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind.

Zu § 3 (bleibt frei)**§ 4****Berücksichtigungsfähige Angehörige**

(1) Ehegattinnen und Ehegatten von Beihilfeberechtigten sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 17 000 Euro nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, ist die Ehegattin oder der Ehegatte unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den Ehegattinnen und Ehegatten der Beihilfeberechtigten nach § 3 im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.

(2) Kinder der oder des Beihilfeberechtigten sind berücksichtigungsfähig, wenn sie im Familienzuschlag der oder des Beihilfeberechtigten nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind. Dies gilt für Kinder von Beihilfeberechtigten nach § 3, wenn

1. Anspruch auf einen Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes besteht oder
2. ein Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

Zu § 4**Zu Absatz 1**

Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 5 Abs. 1 zu beachten.

Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen derjenigen oder demjenigen zu gewähren, bei der oder dem die oder der Betreffende bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger war; ausgenommen bei Witwen, Witwern und Waisen.

Bei Prüfung des Einkommens von berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen und Ehegatten wird immer auf den Zeitpunkt der Antragstellung abgestellt, unabhängig zu welchem Zeitpunkt die Aufwendungen entstanden sind. Dadurch ist ein Schieben der entstandenen Aufwendungen in das Folgejahr möglich. § 54 Abs. 1 ist zu beachten. Gibt eine Ehegattin oder eine Ehegatte anlässlich eines dienstlich veranlassten Umzugs des oder der Beihilfeberechtigten ins Ausland die Berufstätigkeit im Laufe des Jahres auf und überschreitet mit dem bis dahin erzielten Einkommen im Jahr des Umzugs noch die Einkommensgrenze, sind im nächsten Jahr Rechnungen über Aufwendungen im Jahr des Umzugs beihilfefähig. Bei hohen Aufwendungen, beispielsweise im Fall von Krankenhausaufenthalten, können Abschläge auf die zu erwartende Beihilfe gezahlt werden.

Wird Beihilfe aufgrund des Satzes 2 gezahlt, ist die oder der Beihilfeberechtigte aktenkundig darüber zu belehren, dass nach Feststellung der Überschreitung des Gesamtbetrages der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr die Beihilfe zurück zu zahlen ist.

Der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) ist die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Abs. 3 EStG. Nach dem EStG § 2 Abs. 2 sind Einkünfte bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k EStG) und bei den anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9a EStG). Die Voraussetzungen für die Berücksichtigung der Ehegattin oder des Ehegatten sind durch die Vorlage des Steuerbescheides jährlich nachzuweisen.

Zu Absatz 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 (Kinder von Beamtinnen und Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, Kinder von Beihilfeberechtigten, die sich in Elternzeit befinden) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden.

Welchem Beihilfeberechtigten im Einzelfall die Beihilfe für berücksichtigungsfähige Kinder gewährt wird, ergibt sich aus § 5 Abs. 4.

Ein Anspruch auf Beihilfe für Kinder als berücksichtigungsfähige Angehörige besteht grundsätzlich so lange, wie der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag nach dem BBesG oder dem BeamtVG gezahlt wird. Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird.

Hinweise 4.1.1 und 4.1.2 gelten entsprechend.

Zu Absatz 3 (bleibt frei)

§ 5 Konkurrenzen

(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt

1. eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs sowie
2. die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger

aus.

(2) Die Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung aufgrund früherer Versorgungsansprüche aus.

(3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht

1. der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und
2. der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger

vor. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(4) Ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird bei der oder dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, die oder der den Familienzuschlag für das Kind nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes erhält.

Zu § 5

Zu Absatz 1

Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig.

Zu Absatz 2 (bleibt frei)

Zu Absatz 3

Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne des § 5 Abs. 3 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 oder berücksichtigungsfähige Angehörige 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 oder als berücksichtigungsfähige Angehörige zu. Die Ausschlussregelung für berücksichtigungsfähige Ehegatten in § 4 ist zu beachten.

Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist ausgeschlossen. Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

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

Wird teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen von Beamtinnen oder Beamten aufgrund Tarifvertrags zustehender Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über die beamtete Ehegattin oder den beamteten Ehegatten, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. § 4 Abs. 1). Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die aufgrund Tarifvertrag zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 9 Abs. 1). Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzung des Kapitels 3 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch der beamteten Ehegattin oder des beamteten Ehegatten.

Zu Absatz 4 (bleibt frei)

§ 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht oder die Ablehnung der Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes eine besondere Härte darstellen würde.

(2) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden. Als nicht notwendig gelten in der Regel Untersuchungen und Behandlungen, soweit sie in der Anlage 1 ausgeschlossen werden.

(3) Wirtschaftlich angemessen sind grundsätzlich Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, wenn sie dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechen. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte oder nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte. Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen.

(4) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. Gelten Höchstbeträge nach Anlage 5, kann in entsprechender Anwendung des § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten.

(5) Sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Abs. 2a oder nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, beurteilt sich die wirtschaftliche Angemessenheit ihrer Aufwendungen nach den in den Verträgen nach § 75 Abs. 3b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Gebührenregelungen. Solange keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, gelten die Maßgaben des § 75 Abs. 3a Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu § 6

Zu Absatz 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 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), § 1 Abs. 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)).

Aufwendungen nach Satz 2 umfassen auch solche Fälle, in denen die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer keine Ärztin oder kein Arzt ist, weil das medizinische Fachpersonal nicht in der Lage ist, die Leistung selbst zu erbringen, diese aber dringend medizinisch geboten ist (z. B. Spezialuntersuchungen in wissenschaftlichen Instituten).

Zu Absatz 2

Im Regelfall sind von der GKV anerkannte neue Behandlungsmethoden immer beihilfefähig. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein ärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.

Zu Absatz 3

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.

Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen sind die Gebühren nach der GOÄ/GOZ auch dann, wenn die Leistung von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt oder in deren oder dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit die Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung vorgeschrieben ist. 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. Abrechnungen nach dem DKG-NT (Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif) sind ebenso anzuerkennen.

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. Juni 2000 (BGBl. I S. 818). Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Gebührensätze:

Abschnitt B der GOÄ: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- oder 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 den Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren. Sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.

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, kann sie nach § 6 Abs. 3 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Satz 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 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. Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und Nummer 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

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 Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch die Ärztin oder den Arzt oder die Zahnärztin oder den Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der oder des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung der oder des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer oder Zahnärztekammer oder einer medizinischen/zahnmedizinischen Gutachterin oder eines medizinischen/zahnmedizinischen Gutachters einzuholen. Die Beihilfeberechtigte oder der Beihilfeberechtigte ist nach § 51 Abs. 1 BBhV zur Mitwirkung verpflichtet. Wird das Einverständnis nicht erteilt, ist Nummer 51.1.7 zu beachten.

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. 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 6.3.4 und 6.3.5 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern zugelassen werden.

Ist die oder der Beihilfeberechtigte zivilrechtlich rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung einer Ärztin oder eines Arztes verpflichtet, ist die Vergütung regelmäßig als angemessen i. S. des Beihilferechts anzuerkennen (vgl. BVerwG vom 25. November 2004 – 2 C 30.03).

Zu Absatz 4 (bleibt frei)

Zu Absatz 5

Aufwendungen für Leistungen, die nicht durch den Basistarif abgedeckt sind, aber nach der BBhV beihilfefähig sind, werden als beihilfefähig unter Beachtung der Absätze 1 bis 3 anerkannt.

Aufwendungen für Leistungen, die grundsätzlich durch den Basistarif abgedeckt werden, aber nicht im Basistarif in Anspruch genommen wurden, sind in Höhe des Basistarifs beihilfefähig.

Die erstellten Rechnungen auf Grundlage der abgeschlossenen Verträge nach § 75 Abs. 3b Satz 1 SGB V bedürfen keiner weiteren Prüfung.

§ 7

Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch

Soweit sich Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Beihilfe gewährt wird, an Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anlehnen, setzt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen voraus, dass für die Leistungen einschließlich der Arzneimittel nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind sowie insbesondere ein Arzneimittel zweckmäßig ist und keine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren. Dies gilt insbesondere für die §§ 22 und 27 Abs. 1 Satz 2, §§ 30 und 40 Abs. 1, § 41 Abs. 1, § 43 Abs. 1 und § 50 Abs. 1 Satz 4. Im Übrigen gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, auf die diese Verordnung verweist, entsprechend, soweit die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Sozialversicherungsrecht dies nicht ausschließen.

Zu § 7 (bleibt frei)

§ 8

Ausschluss der Beihilfefähigkeit

(1) Beihilfefähig sind nicht die Aufwendungen

1. der Beamtinnen und Beamten, denen ein Anspruch auf Heilfürsorge nach § 70 Abs. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zusteht,
2. für nicht von der Festsetzungsstelle veranlasste Gutachten,
3. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
4. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen,
5. für Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings, und
6. für persönliche Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Eltern oder die Kinder der oder des Behandelten. In diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig.

(2) Ferner sind Aufwendungen nicht beihilfefähig, soweit auf sie gegen Dritte ein Ersatzanspruch besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht.

(3) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile, Selbstbehalte nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel

sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Werden diese Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht nachgewiesen, gelten 15 Prozent der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

(4) Nicht beihilfefähig sind erbrachte Sach- und Dienstleistungen nach § 2 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Als Sach- und Dienstleistung nach § 2 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Pflichtversicherten nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der familienversicherten Angehörigen nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch die Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bei Personen, denen ein Zuschuss oder Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch

1. die über die Festbeträge hinausgehenden Beträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und
2. Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Versicherte die mögliche Sachleistung nicht in Anspruch genommen haben. Dies gilt auch, wenn Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden. Ausgenommen sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus.

(5) Die Absätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger überleitet worden sind.

Zu § 8

Zu Absatz 1 (bleibt frei)

Zu Absatz 2

Sofern der Ersatzanspruch nicht auf einem Ereignis beruht, welches nach § 76 des Bundesbeamtengesetzes (BBG) oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt, gilt das Rundschreiben vom 6. Juni 1980 – D III 6 – 213 103 – 4/13 – weiter.

Zu Absatz 3

Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen oder Kostenanteile 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 ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Von der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. Bei den nicht durch Zuschüsse der Krankenversicherung gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen oder Kostenanteile.

Nach § 53 SGB V (Wahltarife) können die gesetzlichen Krankenkassen bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V vorsehen, dass die Versicherten jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten zu übernehmen haben (Selbstbehalt). Soweit Selbstbehalte von der Krankenkasse angerechnet werden, sind sie nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel, die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden sowie kieferorthopädische Behandlung) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z. B. der Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 9 Abs. 1 Satz 1 angerechnet.

Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249a SGB V). Satz 3 gilt nicht für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag monatlich weniger als 21 Euro beträgt.

Da nach Satz 3 Nr. 1 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 Vertragssätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V (Sehhilfen),
- der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V (Zuschuss zu den Kosten bei fehlender Indikation für Kontaktlinsen, der für eine erforderliche Brille aufzuwenden wäre),
- der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Sehhilfen bis zum 14. Lebensjahr) sowie
- der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V (Beschränkung des Entgeltes für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen auf Festbeträge in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen).

Satz 3 Nr. 2 erfasst die Fälle, in denen sich die oder der gesetzlich Pflichtversicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z. B. privatärztliche Behandlung durch eine Kassenärztin oder einen Kassenarzt). Wäre im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung erfolgt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. Gehört die behandelnde Person oder die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Personenkreis, ist § 9 Abs. 3 anzuwenden.

Zu Absatz 5 (bleibt frei)

§ 9

Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

(1) Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an Beihilfeberechtigte, die dem gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaft angehören. Unterhaltsansprüche von Beihilfeberechtigten gelten nicht als Ansprüche auf Kostenerstattung.

(2) Von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.

(3) Sind Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe anzusetzen. Andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, sind in Höhe von 50 Prozent der entstandenen Aufwendungen als zustehende Erstattungs- oder Sachleistungen anzusetzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für

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

(4) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.

Zu § 9

Zu Absatz 1

Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z. B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche auf Krankheitsfürsorge aufgrund 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 Bundesversorgungsgesetz (BVG), und zwar auf Leistungen der Kriegsofopferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen der oder des Leistungsberechtigten oder ihrer oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden. Die Beihilfe geht den Leistungen nach dem Krankenfürsorgesystem der EG vor.

Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615a i. V. m. § 1610 Abs. 2, §§ 1615 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)). Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 9 Abs. 1 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. Daher kann z. B. die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.

Zu Absatz 2

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zahlt bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) einen befundbezogenen Festzuschuss. Der Festzuschuss umfasst 50 Prozent der jeweiligen Regelversorgung. Unter den Voraussetzungen des § 55 Abs. 1 SGB V kann sich der Festzuschuss um maximal 30 Prozent nochmals erhöhen. Dieser maximal zu erreichende Festzuschuss (entspricht 65 Prozent der jeweiligen Regelversorgung) wird immer, sowohl bei freiwillig Versicherten als auch bei Pflichtversicherten in der GKV, angerechnet, unabhängig davon, ob die GKV diesen auch gezahlt hat.

Zu Absatz 3

Satz 1 ist z. B. bei privatärztlicher Behandlung anzuwenden.

Zu den Erstattungen und Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 4 Nr. 3 gehören nicht Erstattungen und Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr aufgrund des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) gewährt werden.

Zu Absatz 4 (bleibt frei)

§ 10

Beihilfeanspruch

(1) Auf Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden. Er ist nicht vererblich, soweit die Beihilfe nicht bereits vor dem Erbfall bewilligt wurde. Die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger ist in Höhe des Betrages zulässig, auf den ein Anspruch zu seiner Forderung auf Beihilfe besteht und der noch nicht ausgezahlt ist. Stirbt die oder der Beihilfeberechtigte, erhält die Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tode unbeschadet des Satzes 3, wer die Belege zuerst vorlegt.

(2) Anspruch auf Beihilfe hat nur, wer seinen Krankenversicherungsschutz und den seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen einschließlich abgeschlossener Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachweist.

Zu § 10**Zu Absatz 1**

Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen der oder des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bis zum Todestag entstanden sind, erfolgt nach den am Tag vor dem Tod jeweils maßgebenden personenbezogenen Bemessungssätzen nach § 46. Bis zum Zeitpunkt des Todes einer oder eines Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis ihres oder seines Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

Aufwendungen anlässlich des Todes von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nicht beihilfefähig, ausgenommen in Fällen des § 44.

Zu Absatz 2

Nach Artikel 43 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) besteht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit Wohnsitz in Deutschland ab dem 1. Januar 2009 eine Pflicht zur Versicherung in der Krankenversicherung. Wer weder gesetzlich versichert ist noch einen Anspruch auf Leistungen eines anderen Versorgungssystems wie freie Heilfürsorge hat, ist verpflichtet, den nicht von der Beihilfe abgedeckten Teil in einem der angebotenen Tarife der Krankenversicherung, die mindestens ambulante und stationäre Versorgung umfassen, zu versichern. Wird der Nachweis des Krankenversicherungsschutzes nicht erbracht, kann keine Beihilfe gewährt werden. Haben Beihilfeberechtigte oder ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen mehrere Wohnsitze, reicht für die Begründung der Krankenversicherungspflicht ein (Haupt- oder Neben-) Wohnsitz in Deutschland aus. Unabhängig vom Leistungsumfang genügt eine vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Teilversicherung der Versicherungspflicht, sofern sie ambulante und stationäre Leistungen vorsieht.

Ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht, da nach § 14 SGB IV i. V. mit § 17 SGB IV und der Sozialversicherungsentgeltverordnung Beamtenbezüge nicht zum Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung zählen.

Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen steht Beihilfe zu, wenn sie nachweisen, dass sie rechtmäßig über keinen die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutz verfügen.

§ 11**Aufwendungen im Ausland**

(1) Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 6 Abs. 3 ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären.

(2) Ohne Beschränkung auf die im Inland entstehenden Kosten sind außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
2. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die in der Nähe der deutschen Grenze wohnen, aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder
3. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

(3) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dies gilt nicht in den Fällen des § 31 Abs. 5.

Zu § 11**Zu Absatz 1**

Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. Beihilfefähige Höchstbeträge, Ausschlüsse und Eigenbeteiligungen sind zu beachten. Bei privaten Krankenhäusern ist eine Vergleichsberechnung entsprechend § 26 Abs. 2 durchzuführen.

Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem Tag der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.

Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 1 000 Euro ist eine Übersetzung beizufügen. Bis 1 000 Euro ist eine kurze Angabe der Antragstellerin oder des Antragstellers über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.

Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union gilt als Wohnort

bei Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,

bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienort.

Beindet sich ein Heimdialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen außerhalb der Europäischen Union, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.

Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Bescheinigung einer Fachärztin oder eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 35 Abs. 1 Nr. 1, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 26 medizinisch indiziert ist. Bei einer Krankenhausbehandlung entfällt die Vergleichsberechnung nach § 26 Abs. 2.

Wird eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder eine Versorgungsempfängerin 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 nach § 35 Abs. 1 Nr. 4 beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Zu Absatz 2 (bleibt frei)

Zu Absatz 3 (bleibt frei)

Kapitel 2 Aufwendungen in Krankheitsfällen

Abschnitt 1 Ambulante Leistungen

§ 12 Ärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 in Krankheitsfällen grundsätzlich beihilfefähig. Die Vorschriften des Kapitels 4 bleiben unberührt. Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der oder des Beihilfeberechtigten trägt die Festsetzungsstelle.

Zu § 12

Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit oder einer Vorsorgeuntersuchung entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung können die Aufwendungen nicht geprüft werden. Der Antragstellerin oder dem Antragsteller ist Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben beizubringen.

§ 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern

Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nach Maßgabe des § 6 Abs. 3 Satz 3 beihilfefähig.

Zu § 13

Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung sind die Aufwendungen nicht prüffähig.

Dienstunfähigkeitsbescheinigungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nicht beihilfefähig.

§ 14 Zahnärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 grundsätzlich beihilfefähig. Für Zahnersatz und implantologische Leistungen kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den beihilfefähigen Aufwendungen. Aufwendungen für das Attest nach § 15 Abs. 1 Nr. 5 trägt die Festsetzungsstelle.

Zu § 14

Aufwendungen für einen Heil- und Kostenplan bei geplanten Zahnersatz- und implantologischen Leistungen sind grundsätzlich beihilfefähig, unabhängig davon, ob dieser mit der Gebührennummer 002 oder 003 des Gebührenverzeichnisses für Zahnärzte in Rechnung gestellt wurde.

§ 15

Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind beihilfefähig bei

1. weniger als acht angelegten Zähnen pro Kiefer im jugendlichen Erwachsenengebiss ,
2. großen Kieferdefekten in Folge von Kieferbruch oder Kieferresektion,
3. angeborener Fehlbildung des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte),
4. dauerhafter extremer, irreversibler, nicht medikamentenbedingter Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Zusammenhang einer Tumorbehandlung,
5. nicht willentlich beeinflussbarer muskulärer Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (beispielsweise Spastiken), wenn nach neurologischem Attest kein herausnehmbarer Zahnersatz (auch implantatgestützt) getragen werden kann, oder
6. implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer,

wenn auf andere Weise die Kaufähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann. In den Fällen von Satz 1 Nr. 6 sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, beihilfefähig. Liegt keiner der in Satz 1 Nr. 1 bis 6 genannten Fälle vor, sind die Aufwendungen für höchstens zwei Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, beihilfefähig. Die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, sind entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate zu kürzen. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
2. bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt

und die Festsetzungsstelle den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der auf Grundlage des Heil- und Kostenplanes von der Festsetzungsstelle genehmigten kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig. Die Aufwendungen für den Heil- und Kostenplan nach Satz 1 sind beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen:

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,
2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 701 und 702 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen oder
5. umfangreiche Gebiss-Sanierungen. Diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist.

(4) Der Befund nach Absatz 3 ist mit einem geeigneten Formblatt nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte zu belegen.

Zu § 15

Zu Absatz 1

Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ auch Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau) nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ erfasst.

Beihilfefähige Aufwendungen beim Austausch von Sekundärteilen richten sich sinngemäß nach den Voraussetzungen des Absatzes 1.

Ab dem zwölften Lebensjahr ist der Wechsel von den Milchzähnen zum „Erwachsenengebiss“ generell abgeschlossen (die 28 Zähne des Erwachsenengebisses müssten durchgebrochen sein), so dass ab diesem Zeitpunkt vom jugendlichen Erwachsenengebiss gesprochen werden kann.

Zu Absatz 2

Sofern eine aktive kieferorthopädische Weiterbehandlung (Maßnahmen nach Nr. 603 bis 605 oder Nr. 606 bis 609 des Gebührenverzeichnisses der GOZ) über den bis zu vierjährigen Zeitraum hinaus medizinisch notwendig wird, ist die Vorlage eines neuen Heil- und Kostenplanes erforderlich. Dieser ist im letzten Quartal vor Ablauf der vierjährigen Behandlung, d. h. im 16. Behandlungsquartal, vorzulegen. Kieferorthopädische Leistungen, die nach dem 16. Behandlungsquartal durchgeführt werden, sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit, gegebenenfalls nach fachzahnärztlicher Begutachtung, vorher anerkannt hat. Entsprechendes gilt für erforderliche Zweitbehandlungen.

Erfolgt die aktive Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Regelbehandlungszeit von bis zu vier Jahren und sind anschließend ausschließlich Retentionsmaßnahmen nach Nummer 621 oder Begleitleistungen nach den Nummern 618 bis 623 des Gebührenverzeichnisses der GOZ medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.

Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 620 und 624 des Gebührenverzeichnisses für Zahnärzte setzen nicht unmittelbar eine kieferorthopädische Behandlung im Sinne dieser Verordnung voraus. Für diese Leistungen ist kein Heil- und Kostenplan notwendig.

Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen ab Vollendung des 18. Lebensjahres nicht beihilfefähig, es sei denn, es liegt eine schwere Kieferanomalie vor, bei der neben der kieferorthopädischen Behandlung eine Kieferoperation zum Ausgleich der Fehlstellung erfolgt. Schwere Kieferanomalie liegt vor bei

- angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer,
- skelettalen Dysgnathien,
- verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen.

Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.

Zu Absatz 3 (bleibt frei)

Zu Absatz 4 (bleibt frei)

§ 16

Auslagen, Material- und Laborkosten

(1) Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Abs. 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C, F und K und den Nummern 708 bis 710 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 40 Prozent beihilfefähig.

(2) Wenn der auf die in Absatz 1 genannten Aufwendungen entfallende Anteil nicht nachgewiesen ist, sind 40 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages anzusetzen.

Zu § 16

Zu Absatz 1

Aufwendungen für Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ sind durch eine Rechnung der Zahnärztin oder des Zahnarztes oder Dentallabors entsprechend § 10 Abs. 2 Nr. 5 und 6 GOZ nachzuweisen.

Zu Absatz 2 (bleibt frei)

§ 17

Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf

(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.

(2) Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind Aufwendungen für

1. prothetische Leistungen,
2. Inlays und Zahnkronen,
3. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
4. implantologische Leistungen.

Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn die oder der Beihilfeberechtigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

Zu § 17 (bleibt frei)

§ 18

Psychotherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 19), tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien (§ 20) sowie Verhaltenstherapien (§ 21) sind nur beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Anlage 2 Nr. 2 bis 4 erbracht werden. Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(2) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte gehören, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Für das Gutachten nach Satz 1 Nr. 3 benennt das Bundesministerium des Innern geeignete Gutachterinnen und Gutachter und gibt diese durch Verwaltungsvorschrift bekannt. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder von ihm beauftragten Ärztinnen und Ärzten eingeholt werden.

- (3) Für die psychosomatische Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.
- (4) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.
- (5) Aufwendungen für Rational Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.
- (6) Vor Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung muss eine Ärztin oder ein Arzt vornehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich bestätigen.
- (7) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.
- (8) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, die am Dienort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen haben, sind Aufwendungen für
1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder
 2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte auch in Form eines Internet-gestützten Therapieverfahrens beihilfefähig. Für Internet-gestützte Therapieverfahren sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie in Gruppen sowie analytische Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie sind nach Einholung eines erneuten Gutachtens gegebenenfalls umzuwandeln. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind. Das Therapieverfahren kann durch Einzelkontakt mittels Telefon oder E-Mail-Brücke erfolgen.
- (9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 19 bis 21,
 2. die in Anlage 2 Nr. 1 aufgeführten Behandlungsverfahren und
 3. psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.

Zu § 18

Zu Absatz 1 (bleibt frei)

Zu Absatz 2

Geeignete Gutachterinnen und Gutachter im Sinne des Satzes 2 der Verordnung sind im Anhang 1 aufgeführt. Für probatorische Sitzungen gilt die Höchstgrenze je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer.

Gutachterinnen oder Gutachter erstellen im Auftrag der Festsetzungsstelle ein Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung und bewerten die Angaben der Ärztin, des Arztes, der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeutin oder Therapeut genannt); dabei sind die Formblätter 1 und 2 im Anhang 2 zu verwenden. Die Einreichung der Unterlagen an die Gutachterin oder den Gutachter hat in anonymisierter Form zu erfolgen. Die Festsetzungsstelle vergibt an die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten einen von ihr festgelegten Anonymisierungscode.

Die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten ergeben.

Die oder der Beihilfeberechtigte hat der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat die oder der Beihilfeberechtigte oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf dem Formblatt 2 einen Bericht für die Gutachterin oder den Gutachter zu erstellen.

Die Therapeutin oder der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und gegebenenfalls das Formblatt 2a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der oder des Beihilfeberechtigten, der Patientin oder des Patienten.

Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit dem Formblatt 3 eine Gutachterin oder einen Gutachter aus dem Kreis der in Anhang 1 aufgeführten vom Bundesministerium des Innern bestellten Gutachterinnen und Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 4 und leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder 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.

Die Gutachterin oder der Gutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme nach dem Formblatt 4 („Psychotherapie-Gutachten“) – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Diese leitet eine Ausfertigung des „Psychotherapie-Gutachtens“ an die Therapeutin oder den Therapeuten weiter. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der oder dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 5.

Legt die oder der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. Zu diesem Zweck hat die oder der Beihilfeberechtigte oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den „Erstbericht“ an die Gutachterin oder den Gutachter auf dem Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsstelle, der Gutachterin oder des Gutachters eingegangen werden sollte. Die Therapeutin oder der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Obergutachterin oder den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der oder des Beihilfeberechtigten, der Patientin oder des Patienten.

Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle eine geeignete Obergutachterin oder einen geeigneten Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens. Im Anhang 1 sind geeignete Obergutachterinnen und Obergutachter aufgeführt. Die Festsetzungsstelle leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!),*
- b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,*
- c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.*

Ist die oder der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachterin oder Gutachter gleichzeitig Obergutachterin oder Obergutachter, ist eine andere Obergutachterin oder ein anderer Obergutachter einzuschalten. Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters abgelehnt wurde, weil die Therapeutin oder der Therapeut die in Anlage 2 zu den §§ 18 bis 21 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

Die Obergutachterin oder der Obergutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der oder dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.

Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Festsetzungsstelle den von der Therapeutin oder vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumschlag der Gutachterin oder dem Gutachter zu, welche oder welcher das Erstgutachten erstellt hat. Dabei ist das Formblatt 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. Im Übrigen gelten die Nummern 18.2.6 bis 18.2.9 entsprechend.

Um eine Konzentration auf einzelne Gutachterinnen und Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachterinnen, Gutachtern, Obergutachterinnen oder 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.

Zu Absatz 3 (bleibt frei)

Zu Absatz 4 (bleibt frei)

Zu Absatz 5 (bleibt frei)

Zu Absatz 6

Psychologische Psychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen zusätzlich zu dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter mit dem Formblatt 2a den erforderlichen Konsiliarbericht einer Ärztin oder eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz – PsychThG, BGBl. I 1998, S. 1311) einholen.

Zu Absatz 7

Diese Behandlungsform ist keine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 19 – 21 und bedarf daher keines Gutachterverfahrens. Die Aufwendungen sind angemessenen bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind.

Zu Absatz 8

Anfallende Telefon- oder Internetkosten für das internetgestützte Therapieverfahren gehören nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen.

Anhang 1 (VwV zu § 18 Abs. 2 BBhV)

Verzeichnis der vom Bundesministerium des Innern bestellten Gutachterinnen und Gutachter und Obergutachterinnen und Obergutachter für Psychotherapie

I. Gutachterinnen und Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

Rosemarie Ahlert	Schulstr. 29, 72631 Aichtal
Dr. med. Dipl.–Psych. Menachem Amitai	Bifänge 22, 79111 Freiburg
Dr. med. Ludwig Barth	Mühlbaurstr. 38b, 81677 München
Dr. med. Ulrich Berns	Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
Dr. med. Dietrich Bodenstern	Riemeisterstr. 29, 14169 Berlin
Dr. med. Doris Bolk–Weisedel	Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
Dr. med. Gerd Burzig	Max-Linde-Weg 6, 23562 Lübeck
Dr. med. Ilan Diner	Windscheidstr. 8, 10627 Berlin
Prof. Dr. med. Michael Ermann	Postfach 15 13 09, 80048 München
Dr. med. Paul R. Franke	Harnackstr. 4, 39104 Magdeburg
Dr. med. Ulrich Gaitzsch	Luisenstr. 3, 69469 Weinheim
Dr. med. Dietrich Haupt	Wörther Str. 44, 28211 Bremen
Dr. F. Höhne	Vor dem Schlosse 5, 99947 Bad Langensalza
Dr. med. Ludwig Janus	Zähringstr. 4, 65115 Heidelberg
Dr. med. Horst Kallfass	Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin
Dr. med. Ingrid Kamper Jasper	Eckhorst 13, 25491 Hetlingen
Dr. med. Gabriele Katwan	Franzensbader Str. 6b, 14193 Berlin
Prof. Dr. med. Karl König	Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen
Dr. med. Albrecht Kuchenbuch	Lindenallee 26, 14050 Berlin
Prof. Dr. med. Peter Kutter	Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart
Prof. Dr. med. Klaus Lieberz	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit – Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin – Postfach 12 21 20, 68072 Mannheim
Dr. med. Günter Maass	Leibnizstr. 16 c, 65191 Wiesbaden
Prof. Dr. med. Michael von Rad	Städt. Klinikum München GmbH, Krankenhaus München-Harlaching, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
Prof. Dr. med. Ulrich Rüger	Mittelbergring 59, 37085 Göttingen
Dr. med. Rainer Sandweg	Postfach 12 58, 66443 Bexbach
Dr. med. Günter Schmitt	Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
Dr. med. Jörg Schmutterer	Damaschkestr. 65, 81825 München
Dr. med. Gisela Thies	Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe

II. Gutachterinnen und Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:

Dr. med. Ulrich Berns	Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
Dr. med. Hermann Fahrig	Carl-Beck-Str. 58, 69151 Neckargemünd
Dr. med. Dietrich Haupt	Wörther Str. 44, 28211 Bremen
Dr. med. Annette Streeck-Fischer	Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

III. Gutachterinnen und Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

Prof. Dr. Gerd Buchkremer	Psychiatrische Universitätsklinik, Osianderstr. 22, 72076 Tübingen
Prof. Dr. med. Iver Hand	Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg
Dr. med. Dieter Kallinke	Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg
Dr. med. Johannes Kemper	Bauerstr. 15, 80796 München
Dipl.-Psych. Eva Koppenhöfer	Baiertaler Str. 89, 69168 Wiesloch
Dipl.-Psych. Dr. Helmut Köhler	Obere Stadt 60, 82362 Weilheim
Prof. Dr. med. Rolf Meermann	Psychosomatische Fachklinik, Bombargallee 11, 31812 Bad Pyrmont
Dr. med. Jochen Sturm	Altneugasse 21, 66117 Saarbrücken
Dr. med. Klaus H. Stutte	Jahnstraße 1, 49610 Quakenbrück

Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz *Nymphenburger Str. 185, 80634 München*
Dr. Johannes Zuber *Mercystr. 27, 79100 Freiburg*

IV. Gutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

Dr. med. Peter Altherr *Westbahnstr. 12, 76829 Landau*
Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt *Postfach 12 34, 69192 Schriesheim*
Dr. med. Horst Trappe *Breslauer Str. 29, 49324 Melle*
Dipl.-Psych. Dr. Phil. Gerhard Zarbock *Bachstr. 48, 22083 Hamburg*
Dr. Johannes Zuber *Mercystr. 27, 79100 Freiburg*

V. Obergutachterinnen und Obergutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

Dr. med. Ludwig Barth *Mühlbaurstr. 38b, 81677 München*
Dr. med. Doris Bolk-Weischedel *Eichkampstr. 108, 14055 Berlin*
Dr. med. Horst Kallfass *Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin*
Prof. Dr. med. Karl König *Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen*
Prof. Dr. med. Peter Kutter *Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart*
Prof. Dr. med. Ulrich Rüger *Mittelbergring 59, 37085 Göttingen*
Dr. med. Günter Schmitt *Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart*
Dr. med. Gisela Thies *Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe*
Dr. med. Roland Vandieken *Am Buchenhang 17, 53115 Bonn*

VI. Obergutachterinnen und Obergutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:

Dr. med. Dietrich Haupt *Wörther- Str. 44, 28211 Bremen*
Dr. med. Annette Streeck-Fischer *Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen*

VII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

Dr. med. Franz Rudolf Faber *Postfach 11 20, 49434 Neuenkirchen/Oldenburg*
Prof. Dr. med. Iver Hand *Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg*
Dr. med. Dieter Kallinke *Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg*
Dr. med. Johannes Kemper *Bauerstr. 15, 80796 München*

VIII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

Dr. med. Johannes Kemper *Bauerstr. 15, 80796 München*
Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt *Postfach 12 34, 69192 Schriesheim*

Anhang 2 (VwV zu § 18 Abs. 2 BBhV)

Formblätter zum Verfahren bei ambulanter Psychotherapie

Formblatt 1

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Anonymisierungscode der oder des Beihilfeberechtigten

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

Ort, Datum

(Unterschrift der oder des Beihilfeberechtigten)

II. Auskunft der Patientin / des Patienten

A) Wer wird behandelt? (Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter/Ehefrau/Ehemann/Sohn/Tochter)

	Alter
--	-------

B) Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Frau/Herrn

der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht der Ärztin/des Arztes oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutinnen oder Therapeuten genannt) und bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin/der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Ort, Datum

(Unterschrift der Patientin / des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters)

Bescheinigung der Therapeutin oder des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose	
----------	--

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- Erstbehandlung
 Verlängerung/Folgebehandlung
 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 analytische Psychotherapie
 Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Von _____ bis _____ Anzahl der Sitzungen _____

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

Anzahl der Einzelsitzungen _____ Anzahl der Gruppensitzungen _____

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

ja nein _____ Anzahl der Sitzungen _____

6. Gebührenziffern:

Gebührenhöhe je Sitzung _____

Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. **Ärztinnen und Ärzte** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
 Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 verliehen: vor dem 1. April 1984 nach dem 1. April 1984
 Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

- Schwerpunkt Verhaltenstherapie
- Bereichsbezeichnung Psychoanalyse
- Eine Berechtigung zur Behandlung in Gruppen von Kindern und Jugendlichen liegt vor.

2. Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten (Zutreffendes ankreuzen)

2.1 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)

Datum der Approbation _____ als

- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 (3) Abs. 1 PsychThG und entsprechend 3.2, 3.3 sowie 4.2 der Anlage 2 der BBhV vor?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie bei Erwachsenen, bei Kindern und Jugendlichen, in Gruppen.

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG)

Liegt

- a) ggf. eine entsprechende KV-Zulassung vor? ja nein KV-Zulassungsnummer: _____, bei welcher KV? _____
- b) ein Eintrag in das Ärztereister vor? ja nein , bei welcher KV? _____

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

2.2 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation _____ als

- Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer: _____, bei welcher KV? _____

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV _____

Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit 3.3, 3.5 sowie 4.3 der Anlage 2 der BBhV und § 95 c 2.3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben.

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie bei Erwachsenen, bei Kindern und Jugendlichen, in Gruppen.

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.98 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut: nein ja

für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes

Datum des Abschlusses

Ort, Datum

(Unterschrift und Stempel der Therapeutin/des Therapeuten)

Formblatt 2

Absender: _____
(Name und Anschrift der Therapeutin oder des Therapeuten)

Bericht

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin oder den Gutachter zu übersenden.

an die Gutachterin / den Gutachter zum Antrag

auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**I. Angaben über die Patientin / den Patienten**

Anonymisierungscode (von der Festsetzungsstelle vorgegeben)		Familienstand
Alter	Geschlecht	Beruf

II. Angaben über die Behandlung

1. Art der vorgesehenen Therapie: _____
2. Datum des Therapiebeginns: _____
3. Anzahl und Frequenz der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen: _____
4. Anzahl und Frequenz der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen (insgesamt und wöchentlich): _____

III. Bericht der Therapeutin / des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie. Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.**Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:**

1. **Spontanangaben** der Patientin / des Patienten zu seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin / des Patienten (bei K+J auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer/psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlußbericht beifügen.
2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei K+J. auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts.
Psychopathologischer Befund (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).
3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese, oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin oder des Patienten in ihrer oder seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei K.+J auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.
5. **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biographie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben.
Bei K.+J: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ichdefekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.
6. **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.
7. **Behandlungsplan,** indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und der Darlegung realisierbarer erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzungen, besonders zu begründen. Spezielle Indikation für Gruppentherapie. Es muss in jedem Fall ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der zur Behandlung kommenden Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der jeweils begrenzten Behandlungsvolumina als erreichbar angesehen wird.

8. **Prognostische Einschätzung**, bezogen auf die Therapiezielsetzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der Patientin oder des Patienten und seiner Verlässlichkeit, seiner partiellen Lebensbewältigung, sowie seiner Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, seiner Flexibilität und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei K.+J auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.
2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei K.+J auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin oder des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der Patientin oder des Patienten, seine Regressionsfähigkeit oder -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei K.+J Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.
3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin oder des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten des Patienten, seine Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.
4. Änderungen des Therapieplanes mit Begründung.
5. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf mit Begründung des wahrscheinlich noch notwendigen Behandlungsvolumens und der Behandlungsfrequenz unter Bezug auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin oder des Patienten und Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

IV. Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen der Patientin oder des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten gegebenenfalls auch Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten. (Warum kommt die Patientin oder der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)
2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin oder des Patienten und Krankheitsanamnese:**
 - a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
 - b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
 - c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
 - d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.
Bei Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.
3. **Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)
 - a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
 - b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
 - c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der amnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).
4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensexzessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.
Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.
Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.
6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.
7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.
8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1.-3. und 5. des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.
2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.
3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen des Patienten.

Ort, Datum

(Stempel und Unterschrift der Therapeutin oder des Therapeuten)

Formblatt 2a

Anonymisierungscode

Konsiliarbericht*)

**vor Aufnahme einer Psychotherapie
Auf Veranlassung von:**

Name der Therapeutin / des Therapeuten

- Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme _____

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

- Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z. B. laufende Medikation):

- Befunde, die eine ärztliche/ärztlich-veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

- Befunde, die eine psychiatrische oder Kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

- Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erfolgt veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich -veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

- Bestehen aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung? ja nein

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Ausfertigung für die Therapeutin oder den Therapeuten

*) Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.

Formblatt 3

(Dienststelle, Festsetzungsstelle)

(Anschrift der Gutachterin / des Gutachters)

Betr.: Beihilfavorschriften (BhV)
hier: Psychotherapie-Gutachten

Anlg.: 1 Antrag (Formblatt 1)
1 Bericht der Therapeutin / des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag
1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 4 – dreifach)
1 Freiumschlag

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

ich bitte um gutachtliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung

Anonymisierungscode _____

Neben dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit und Entbindung von der Schweigepflicht ist der Bericht der Therapeutin/des Therapeuten in einem verschlossenen Umschlag beigelegt

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt

(Gutachten vom _____ Anzahl der Sitzungen _____

Name der Gutachterin oder des Gutachters _____) *)

Ihr Gutachten bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 4 nebst einer Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41,00 Euro zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

*) Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

Formblatt 4

Psychotherapie-Gutachten

für _____
(Anonymisierungscode)

Bezug: Auftragsschreiben vom

Stellungnahme:

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?

1. für den Patienten / die Patientin

Einzelsitzungen	Gruppensitzungen

2. für die begleitende Psychotherapie der
Bezugsperson

--	--

(Stempel und Unterschrift der Gutachterin / des Gutachters)

Formblatt 5

(Dienststelle, Festsetzungsstelle)

(Anschrift der oder des Beihilfeberechtigten
oder der oder des Bevollmächtigten)

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

- tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
- analytischen Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

für _____ durch _____
(Name der Patientin/des Patienten) (Name der Therapeutin/des Therapeuten)

für eine Einzelbehandlung Gruppenbehandlung bis zu – weiteren – _____ Sitzungen

für eine begleitende Behandlung der Bezugsperson bis zu – weiteren – _____ Sitzungen

nach Maßgabe der Beihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannt.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der oben genannten Festsetzungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

§ 19 Psychosomatische Grundversorgung

- (1) Die psychosomatische Grundversorgung, zu der Beihilfe gewährt wird, umfasst
1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder
 2. übende und suggestive Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

(2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

1. verbale Intervention als einzige Leistung für bis zu 25 Sitzungen,
2. autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen sowie
3. Hypnose als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen der Ärztin oder des Arztes beihilfefähig.

(3) Die Gewährung von Beihilfe ist ausgeschlossen, wenn eine verbale Intervention mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt wird oder wenn autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose in einem Krankheitsfall nebeneinander durchgeführt werden.

Zu § 19 (bleibt frei)

§ 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen, depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen und Dysthymien,
2. Angst- und Zwangsstörungen,
3. somatoforme Störungen einschließlich Konversionsstörungen,
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
9. Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend,
10. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung und
11. seelischen Behinderungen

- a) aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tief greifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen,
- b) als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bieten, und
- c) als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

(2) Aufwendungen für Behandlungen sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin / des Therapeuten	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 80 Sitzungen	nochmals weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin / des Therapeuten	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 30 Sitzungen	nochmals weitere 15 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin / des Therapeuten	weitere 60 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 50 Sitzungen	nochmals weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

(3) Der Beihilfefähigkeit steht nicht entgegen, wenn bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden.

Zu § 20 (bleibt frei)

§ 21 Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind beihilfefähig in den Fällen des § 20 Abs. 1.

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 18 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach Anlage 2 Nr. 2 bis 4 vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.

(3) Aufwendungen für Behandlungen sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bei Erwachsenen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung (höchstens 8 Teilnehmende)
Regelfall	40 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
nur in besonders begründeten Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

2. bei Kindern und Jugendlichen einschließlich notwendiger begleitender Behandlung von Bezugspersonen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung (höchstens 8 Teilnehmende)
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
nur in besonders begründeten Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

Zu § 21 (bleibt frei)

Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen

§ 22 Arznei- und Verbandmittel

(1) Aufwendungen für die von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt, einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker nach Art und Umfang schriftlich verordneten oder bei einer ambulanten Behandlung verbrauchten Arznei- und Verbandmittel sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 beihilfefähig. § 31 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der am 30. Juni 2008 geltenden Fassung gilt entsprechend.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 6 bis 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder aufgrund der Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind,
2. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, sie
 - a) sind für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr bestimmt,
 - b) sind für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bestimmt,
 - c) sind apothekenpflichtig und wurden oder werden in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen bei einer ambulanten Behandlung verbraucht oder
 - d) gelten bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard und werden mit dieser Begründung von der Ärztin oder dem Arzt ausnahmsweise verordnet. Das Bundesministerium des Innern hat in Verwaltungsvorschriften die entsprechenden Arzneimittel zu bestimmen.

(3) Das Bundesministerium des Innern bestimmt in Verwaltungsvorschriften als Obergrenzen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Arzneimittel Festbeträge im Sinne von § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Höchstbeträge im Sinne von § 31 Abs. 2a in Verbindung mit § 35b Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für die Bestimmung der Festbeträge nach Satz 1 gelten die in § 35 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Grundsätze entsprechend. Für die Bestimmung der Höchstbeträge nach Satz 1 gelten die in § 31 Abs. 2a in Verbindung mit § 35b Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelten Grundsätze entsprechend. Die Bestimmungen nach Satz 1 haben sich weiter an den auf der Grundlage dieser Vorschriften getroffenen Entscheidungen und Bewertungen zu orientieren und die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes zu berücksichtigen. In den Verwaltungsvorschriften ist in Anlehnung an § 31 Abs. 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes auch festzulegen, für welche Arzneimittel der Eigenbehalt nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 entfällt.

(4) Das Bundesministerium des Innern bestimmt in den Verwaltungsvorschriften nach Absatz 3 in Anlehnung an die nach § 35b Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgegebenen Empfehlungen auch Einschränkungen dahingehend, dass Aufwendungen für Arzneimittel nur in bestimmten Fällen beihilfefähig sind.

(5) Aufwendungen für Arzneimittel, insbesondere für Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial, deren Anwendung aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs, besondere Fachkenntnisse erfordert, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), sind nur beihilfefähig, wenn die Verordnung in Abstimmung mit einer Ärztin oder einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie im Sinne des § 73d Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgt. Die Wirkstoffe und Anwendungsgebiete nach Satz 1 bestimmen sich nach § 73d Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu § 22

Zu Absatz 1

Die Verordnung nach Absatz 1 muss vor dem Kauf des Arznei- und Verbandmittels erfolgen. Gewährte zuordnungsfähige Rabatte sind zu berücksichtigen.

Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der Ärztin, des Arztes, der Zahnärztin, des Zahnarztes, der Heilpraktikerin oder des Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

Zu Absatz 2

Grundsätzlich sind nur verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, es sei denn, bei deren Anwendung steht eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Die von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Arzneimittel und Wirkstoffe sind in Anlehnung an § 34 Abs. 1 Satz 6 bis 8 SGB V im Anhang 3 aufgeführt. Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung von erektiler Dysfunktion verordnet werden, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie aufgrund einer anderen Diagnose verordnet worden sind.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn sie apothekenpflichtig sind und in Form von Spritzen (dazu gehören auch Infusionen), Salben oder Inhalationen bei einer ambulanten Behandlung verbraucht wurden oder werden (§ 22 Abs. 2 Buchstabe c).

Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Ausnahmsweise sind diese Arzneimittel beihilfefähig, wenn sie bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Die Ausnahmen lehnen sich an Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses an und sind abschließend im Anhang 4 aufgeführt. Weitere Möglichkeiten von Ausnahmen sind nicht zugelassen.

Voraussetzung für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass die schwerwiegende Erkrankung und das dazu als Therapiestandard verordnete Arzneimittel im Anhang 4 aufgeführt sind. Falls die schwerwiegende Erkrankung nicht aus vorliegenden Liquidationen oder Unterlagen zu erkennen ist, ist von der oder dem Beihilfeberechtigten eine Bestätigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes beizubringen. Ein einmaliger Nachweis für die Ausnahmereglung ist dabei grundsätzlich ausreichend.

Für die im Anhang 4 aufgeführten Indikationsgebiete kann die Ärztin oder der Arzt auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnen, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist. Die Ärztin oder der Arzt hat zur Begründung der Verordnung die zugrunde liegende Diagnose mitzuteilen.

Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit beihilfefähigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), sind beihilfefähig, wenn das nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist.

Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines beihilfefähigen Arzneimittels auftretenden schädlichen unbeabsichtigten Reaktionen (unerwünschte Arzneimittelwirkungen – UAW) eingesetzt werden, sind beihilfefähig, wenn die UAW schwerwiegend sind. Das heißt, wenn die UAW lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Dabei wird nicht auf die genannten Indikationsgebiete im Anhang 4 abgestellt. Die UAW muss aus der Fachinformation des Arzneimittels ersichtlich sein.

Nicht apothekenpflichtige Medizinprodukte sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und apothekenpflichtig sind, sind beihilfefähig, sofern diese Mittel bei Anwendung des Arzneimittelgesetzes in der Fassung vom 31. Dezember 1994 apothekenpflichtige Arzneimittel gewesen wären (§ 31 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der am 30. Juni 2008 geltenden Fassung) und nicht durch andere Vorschriften ausgeschlossen sind.

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

Ausnahmsweise sind Aufwendungen für ärztlich verordnete enterale Ernährung (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung) bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der normalen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Solche Ausnahmefälle liegen insbesondere vor bei:

- Ahornsirupkrankheit,
- Colitis ulcerosa,
- Kurzdarmsyndrom,
- Morbus Crohn,
- Mukoviszidose,
- 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,
- angeborene Defekte im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,
- angeborene Enzymdefekte, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
- AIDS-assoziierten Diarrhöen,
- Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
- Niereninsuffizienz,
- Multipler Nahrungsmittelallergie.

Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr) mit Kuhmilcheiweißallergie beihilfefähig. Dies gilt ferner für einen Zeitraum von einem halben Jahr bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption nach § 43 Abs. 3 sind nur bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres beihilfefähig, es sei denn, sie werden unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.

Zu Absatz 3

Festbeträge für Arzneimittel nach § 35 Abs. 1 SGB V werden für Arzneimittelgruppen festgelegt, die denselben Wirkstoff, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen und therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen umfassen. Dabei sind die unterschiedlichen Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. Weiterhin muss sichergestellt sein, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen.

Grundlage für die Ermittlung des beihilfefähigen Festbetrages bildet die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 35a Abs. 5 SGB V zu erstellende und bekannt zu gebende Übersicht über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel, die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information abrufbar im Internet veröffentlicht wird (www.dimdi.de).

Nach § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V können die Spitzenverbände der Krankenkassen durch Beschluss Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens 30 Prozent niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind.

Grundlage für die Ermittlung der beihilfefähigen Arzneimittel, für die kein Eigenbehalt nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a zu berücksichtigen ist, sind die von den Spitzenorganisationen der Krankenkassen festgelegten zuzahlungsbefreiten Arzneimittel nach § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V mit Stand 15. Januar 2009.

Zu Absatz 4

Im Anhang 5 sind die beihilfefähigen Arzneimittel, Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen aufgeführt, die in Anlehnung an § 35b Abs. 2 SGB V eingeschränkt beihilfefähig sind.

Zu Absatz 5 (bleibt frei)

Anhang 3 (VwV zu § 22 Abs. 2 Nr.1 BBhV)

Ausschluss von Life style Arzneimitteln nach § 22 Abs. 2 Nr. 1 BBhV

Abmagerungsmittel (zentral wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 01 Phentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amferamon	REGENON; TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etilamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin	ANTIADIPOSITUM X – 112 T
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	
A 08 AA 10 Sibutramin	REDUCTIL
Phenylpropanolamin	BOXOGETTEN S; RECATOL mono
Rimonabant	ACOMPLIA

Abmagerungsmittel (Peripher wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	XENICAL

Erektile Dysfunktion

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 04 BE 01 Alprostadil (Ausnahme als Diagnostikum)	CAVERJECT; CAVERJECT Impuls; MUSE; VIRIDAL
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA
G 04 BE 04 Yohimbin	YOCON GLENWOOD; YOHIMBIN SPIEGEL
G 04 BE 05 Phentolamin	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	IXENSE; UPRIMA
G 04 BE 08 Tadalafil	CIALIS
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE 52 Papaverin Kombinationen	

Nikotinabhängigkeit

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 07 BA 01 Nicotin (nicht verschreibungspflichtig)	NIQUITIN
N 07 BA 02 Bupropion	ZYBAN
N 07 BA 03 Varenicline	CHAMPIX

Steigerung des sexuellen Verlangens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	INTRINSA

Verbesserung des Haarwuchses

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
D 11 AX 01 Minoxidil	REGAINE
D 11 AX 10 Finasterid	PROPECIA
Estradiolbenzoat; Prednisolon, Salicylsäure	ALPICORT F
Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	ELL CRANELL alpha
Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOSTIN
Dexamethason; Alfatradiol	ELL CRANELL dexta
Thiamin; Calcium pantothenat; Hefe, medizinisch; L-Cydtin; Keratin (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOVIGAR N

Verbesserung des Aussehens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
M 03 AX 01 Clostridium botulinum Toxin Typ A	VISTABEL DYSPOURT ausgenommen bei idiopathischem Blepharospasmus, bei einfachem idiopathischen rotierenden Torticollis spasmodicus und bei Armspastik

Anhang 4 (VwV zu § 22 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. d BBhV)

Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind

1. Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.
2. Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/ Dosiseneinheit) als Thrombozyten- Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen
3. Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden
4. Acidose-therapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase
5. Antihistaminika
 - nur in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien,
 - nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien,
 - nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus,
 - nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.
6. Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.
7. Antiseptika und Gleitmittel nur für Patientinnen und Patienten mit Katheterisierung.
8. Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödemen (Mannitol, Sorbitol).
9. Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/ Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination).
 - nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,
 - nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,
 - bei Bisphosphonat- Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
10. Calciumverbindungen als Monopräparate nur
 - bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus,
 - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
11. nicht besetzt
12. Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.
13. E. coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin

14. Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisen-mangelanaemie.
15. Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoen.
16. Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.
17. Gingko biloba blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert) nur zur Behandlung der Demenz.
18. Hypericum perforatum-Extrakt (hydroalkoholischer Extrakt, mind. 300 mg pro Applikationsform) nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden.
19. Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.
20. Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.
21. Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokalaemie.
22. Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.
23. Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.
24. Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlust-erkrankungen.
25. Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
26. Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.
27. Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.
28. Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.
29. Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten.
30. Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-) Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.
31. Pankreasenzyme nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasin-suffizienz oder Mukoviszidose.
32. Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse
33. Phosphatverbindungen bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
34. Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mind. 2% Salicylsäure) in der Derma-totherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.
35. Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mund-trockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.
36. Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen (trockenes Auge Grad 2), Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränenrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
37. Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwichtigem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
38. Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen nur bei der Dialyse.
39. Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwichtigem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5mg/Dosiseinheit).
40. Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der entero-pathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.
41. Arzneimittel zur sofortigen Anwendung
 - Antidote bei akuten Vergiftungen,
 - Lokalanaesthetika zur Injektion,
 - Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.
42. Topische Anästhetika und/ oder Antiseptika nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z. B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).
43. L- Methionin nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurogener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind.
44. Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.
45. Butylscopolamin, parenteral, nur zur Behandlung in der Palliativmedizin.
46. Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5% nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten indiziert sind.
47. Dinatriumcromoglycat (DNCG)-haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose

Anhang 5 (VwV zu § 22 Abs. 4 BBhV)

Folgende Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen sind unter Beachtung der dazu gegebenen Hinweise nicht beihilfefähig:

1. *Kurzwirksame Insulinanaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2.*

Hierzu zählen:

- *Insulin Aspart*
- *Insulin Glulisin*
- *Insulin Lispro*

Diese Wirkstoffe sind nicht beihilfefähig, solange sie mit Mehrkosten im Vergleich zu kurzwirksamem Humaninsulin verbunden sind. Das angestrebte Behandlungsziel ist mit Humaninsulin ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen. Dies gilt nicht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige

- *mit Allergie gegen den Wirkstoff Humaninsulin,*
- *bei denen trotz Intensivierung der Therapie eine stabile adäquate Stoffwechsellage mit Humaninsulin nicht erreichbar ist, dies aber mit kurzwirksamen Insulinanaloga nachweislich gelingt,*
- *bei denen aufgrund unverhältnismäßig hoher Humaninsulindosen eine Therapie mit kurzwirksamen Insulinanaloga im Einzelfall wirtschaftlicher ist.*

2. *nicht besetzt*

3. *Clopidogrel als Monotherapie zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt, mit ischämischem Schlaganfall oder mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit.*

Dies gilt nicht für Patientinnen und Patienten mit

- *pAVK-bedingter Amputation oder Gefäßintervention oder*
- *diagnostisch eindeutig gesicherter typischer Claudicatio intermittens mit Schmerzurückbildung in < 10 min bei Ruhe oder*
- *Acetylsalicylsäure-Unverträglichkeit, soweit wirtschaftliche Alternativen nicht eingesetzt werden können.*

Satz 1 gilt nicht für folgende Anwendungsgebiete:

Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom, bei dem Clopidogrel als Kombinationstherapie mit Acetylsalicylsäure angewendet wird:

- *Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung (instabile Angina pectoris oder Non-Q-Wave Myokardinfarkt) einschließlich Patientinnen und Patienten, denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert wurde,*
- *Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung bei medizinisch behandelten Patientinnen und Patienten, für die eine thrombolytische Therapie in Frage kommt.*

§ 23 Heilmittel

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig, wenn diese in Anlage 4 aufgeführt sind und von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe nach Anlage 3 angewandt werden. Bei einer Sprachtherapie sind auch Aufwendungen für Leistungen staatlich anerkannter Sprachtherapeuten sowie vergleichbar qualifizierter Personen beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind auf die in Anlage 4 genannten Höchstbeträge beschränkt.

(2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel anstelle der in Absatz 1 Satz 3 genannten Höchstbeträge nach den ortsüblichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich, außer bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, um 10 Prozent der Kosten, die die maßgeblichen Höchstbeträge nach Absatz 1 Satz 3 übersteigen, höchstens jedoch um zehn Euro zuzüglich zehn Euro für jede Verordnung.

Zu § 23

Zu Absatz 1

Die in Anlage 3 zu § 23 Abs. 1 genannten Personen 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 Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Rd. Erlass vom 30. Juli 1979, Nds. MBl. S. 1499) als beihilfefähig anerkannt werden. Zu den im Absatz 1 genannten vergleichbar qualifizierten Personen gehören staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen und Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157) im Rahmen der Anlage 4 zu § 23 Abs. 1, Abschnitt VIII. (Logopädie). Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Personen in ihrem Beruf erbringen. Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen und Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagoginnen und Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrerinnen und Eurhythmielehrern, Eutoniepädagoginnen und -therapeutinnen und Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrerinnen und Gymnastiklehrern, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten, Maltherapeutinnen und Maltherapeuten, Montessoritherapeutinnen und Montessoritherapeuten, Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten, Sonderschullehrerinnen und Sonderschullehrern und Sportlehrerinnen und Sportlehrern erbracht werden.

Beihilfefähig sind grundsätzlich nur Aufwendungen für die in Anlage 4 zu § 23 Abs. 1 genannten Heilmittel. Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilmittel, die weder in Anlage 4 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern.

Aufwendungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind, wie Tui-Na, Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu-Therapie, Akupressur u. ä., gehören nicht zu den Heilmitteln der Anlage 4 zu § 23 Abs. 1.

Bei den in Anlage 4 aufgeführten Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge. Aufwendungen darüber hinaus sind nicht beihilfefähig.

Im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder stationären Rehabilitationsmaßnahme sind die Aufwendungen nach Maßgabe der Anlagen 3 und 4 zu § 23 beihilfefähig.

Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen (z. B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten und Einrichtungen nach Nr. 32.2.2 der Verwaltungsvorschrift), sind die Aufwendungen für Heilmittel nur beihilfefähig, sofern sie durch eine in Anlage 3 genannte Person durchgeführt werden und zu den in Anlage 4 genannten Höchstbeträgen. Art und Umfang der durchgeführten Heilmittel sind nachzuweisen. Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilmittel oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig. Wird an Stelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig. Platzfreihaltegebühren für teilstationäre Betreuung sind nicht beihilfefähig. Bei stationärer Betreuung gilt Nummer 32.2.3 der Verwaltungsvorschrift.

Zu Absatz 2 (bleibt frei)

§ 24 Komplextherapien

(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Abs. 3 und § 23 Abs. 1 in angemessener Höhe beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Komplextherapie von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht wird, dem auch Ärztinnen, Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen nach Anlage 3 angehören müssen.

(2) Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen sind nicht nach Absatz 1 beihilfefähig.

Zu § 24

Zu Absatz 1

Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und gegebenenfalls nichtärztliches Personal durchgeführt werden. Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sichergestellt werden. Zu den Komplextherapien gehören u. a. Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitusstherapien (Pauschalabrechnung), ambulante Chemotherapie nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen, Adipositaschulungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 SGB IX.

Die angemessene Höhe entspricht der Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen zu tragen sind.

Komplextherapien umfassen keine Soziotherapien und die psychiatrische Krankenpflege sowie Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1.

Zu Absatz 2 (bleibt frei)

§ 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind vorbehaltlich des Absatzes 4 Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung der in Anlage 5 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. Aufwendungen für in Anlage 6 ausgeschlossene Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes im Sinne von Satz 1 sind nach Ablauf von sechs Monaten seit Anschaffung beihilfefähig, wenn eine erneute ärztliche Verordnung vorliegt.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die

1. einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,
2. einen niedrigen Abgabepreis haben,
3. der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder
4. in Anlage 6 genannt sind.

(3) Aufwendungen für das Mieten von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nach Absatz 1 Satz 1 sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die Aufwendungen für deren Anschaffung sind und diese sich dadurch erübrigt.

(4) Sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 weder in Anlage 5 oder 6 aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar, sind hierfür getätigte Aufwendungen ausnahmsweise beihilfefähig, wenn dies im

Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen. Soweit das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern allgemein erklärt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen. Absatz 2 bleibt unberührt.

(5) Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind nur in Höhe des 100 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Zu § 25

Zu Absatz 1

Die Beihilfefähigkeit eines Gegenstandes als Hilfsmittel, der Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle oder Körperersatzstücke richtet sich in erster Linie danach, ob der Gegenstand in Anlage 5 oder 6 aufgeführt ist. In Anlage 5 sind die beihilfefähigen und in Anlage 6 die nicht beihilfefähigen Gegenstände enthalten. Zu einzelnen Positionen vermerkte Maßgaben können die Beihilfefähigkeit auf bestimmte Indikationen oder Personengruppen beschränken.

Die Anlagen enthalten Oberbegriffe, die mehrere Ausführungen erfassen können. Angesichts der Vielzahl der auf dem Markt der Medizintechnik angebotenen Produkte und schnellen Entwicklung neuer Modelle ist ein vollständiges Verzeichnis aller Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke oder sogar aller von den Herstellern auf den Markt gebrachten Modelle und Modellvarianten weder möglich noch zweckmäßig. Es muss daher in jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob ein Gegenstand unter einen der Oberbegriffe der Anlage 5 oder 6 fällt.

Das vom Finanzministerium Rheinland-Pfalz als Datenbank geführte „Hilfsmittelverzeichnis“ (HMV) kann mit seinen Erläuterungen für die Praxis nützliche Erläuterungen zur Funktionsweise und einen Anhaltspunkt für die Subsumierung unter die Oberbegriffe der Anlagen 5 und 6 geben. Die Festsetzungsstellen sind an Eintragungen im HMV jedoch rechtlich nicht gebunden. Maßgebliche Rechtsquelle für die Beihilfefestsetzung ist nur die Bundesbeihilfeverordnung. Bei der Ausfüllung des verbleibenden Beurteilungsspielraums ist das HMV eine wertvolle Hilfe, kann aber nicht als Rechtsgrundlage für Entscheidungen dienen.

Im Regelfall ergibt sich die Erforderlichkeit aus der ärztlichen Verordnung und bedarf daher keiner näheren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. Hat die Festsetzungsstelle jedoch Zweifel, ist sie nicht gehindert, zusätzliche Ermittlungen anzustellen z. B. nähere Begründung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt oder Einholung eines Gutachtens. Das gilt insbesondere dann, wenn sie Anhaltspunkte dafür hat, dass ein gleichwertiger Erfolg auch mit einem preisgünstigeren Hilfsmittel erreicht werden kann. Bestätigt sich das, sind die Mehrkosten für das aufwendigere Hilfsmittel nicht „erforderlich“ im Sinne von Abs. 1 Satz 1.

Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände ein. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie der Körperersatzstücke sind ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung beihilfefähig.

Zu Absatz 2 (bleibt frei)

Zu Absatz 3

Der Vergleich von Miete und Anschaffung sollte auf Grundlage des ärztlich verordneten zeitlichen Rahmens der Behandlung erfolgen. Versorgungspauschalen für gemietete Hilfsmittel sind grundsätzlich als Teil der Miete anzusehen. Soweit einzelne Positionen als nicht beihilfefähig erkennbar sind, sind diese in Abzug zu bringen.

Zu Absatz 4

Das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern gilt allgemein als erteilt, wenn die Aufwendungen nicht mehr als 600 Euro betragen.

Zu Absatz 5

Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen sind für Erwachsene ab vollendetem 18. Lebensjahr nicht beihilfefähig. Alle übrigen Aufwendungen für Betrieb und Unterhalt von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie im Kalenderjahr 100 Euro übersteigen. Für entsprechende Kosten zu Körperersatzstücken ist diese Grenze nicht anzuwenden.

§ 26 Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung vergütet werden, für

1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 der Bundespflegegesetzverordnung),
3. Wahlleistungen in Form von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne der §§ 16 und 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 22 der Bundespflegegesetzverordnung,
 - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne der §§ 16 und 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 22 der Bundespflegegesetzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und
 - c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach § 22 sowie
4. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind die Aufwendungen für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für entsprechende Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die üblicherweise Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 Nr. 2 sind. Vor der Aufnahme in eine Einrichtung nach Satz 1 kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.

(3) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b entspricht, es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Der in Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b genannte Abzugsbetrag ist zu berücksichtigen.

Zu § 26

Zu Absatz 1

Aufwendungen für den Investitionszuschlag nach § 14 Abs. 8 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes sowie jeden Belegungstag bei Fallpauschalen berechnen, sind beihilfefähig. Beihilfefähig sind auch die Zuschläge, die entsprechend dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder dem Krankenhausentgeltgesetz in Rechnung gestellt werden können, wie z. B. DRG-Systemzuschlag, Sicherstellungszuschlag, Qualitätssicherungszuschlag, Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen, Zuschlag für Arzt im Praktikum und berechenbare Zusatzentgelte.

Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung noch nach den Vorgaben der BPfIV ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der BPfIV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet, kann für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)), auf der Basis des § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG ein Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen, der auf einer Vereinbarung zwischen dem AOK-Bundesverband, den Ersatzkassen sowie dem PKV-Verband einerseits sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft andererseits basiert, verrechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahme- und Verlegungstage sind. Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahme- und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts 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 Feststellung der Amts- oder Vertrauensärztin oder des Amts- oder Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die aufgrund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.

Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber der Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers nicht beihilfefähig.

Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen; dies gilt sinngemäß für Krankenhäuser, die die BPfIV oder das KHEntgG nicht anwenden. Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 Prozent dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.

Aufwendungen für in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungstag sind nicht berechnungsfähig und damit nicht beihilfefähig.

Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 18 KHEntgG oder § 23 BPfIV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 17 KHEntgG oder § 22 BPfIV beihilfefähig.

Zu Absatz 2

Für die Vergleichsberechnung bei Behandlung in Krankenhäusern, die weder in den Geltungsbereich des KHEntgG noch in den der BPfIV fallen, sind zur Ermittlung der beihilfefähigen Aufwendungen den allgemeinen Krankenhausentgelten der Hauptabteilung des maßgebenden Krankenhauses der Maximalversorgung (§ 2 Abs. 2 KHEntgG, § 2 BPfIV) die von der Privatklinik in Rechnung gestellten allgemeinen Krankenhausleistungen (Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, therapeutische, pflegerische und ärztliche Leistungen) gegenüber zu stellen, dabei ist immer auf den Behandlungsfall abzustellen. In den Kostenvergleich sind keine wahlärztlichen Leistungen einzubeziehen. Zuschläge für bessere Unterkunft können in die Vergleichsberechnung nur einbezogen werden, wenn die Privatklinik eine bessere Unterbringung anbietet und diese auch in Rechnung gestellt hat. Bei einer Behandlung in einer Privatklinik für psychische und psychosomatische Erkrankungen sind die Entgelte nach der BPfIV für einen Kostenvergleich maßgebend, dabei wird immer auf den Behandlungsfall abgestellt. Bei diesem Kostenvergleich sind alle von der Privatklinik in Rechnung gestellten Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, therapeutische, pflegerische und ärztliche Leistungen den Kosten für Basis- und Abteilungspflegesatz des maßgebenden Krankenhauses der Maximalversorgung gegenüber zu stellen. In den Kostenvergleich sind neben dem Basis- und Abteilungspflegesatz Zuschläge für bessere Unterkunft nur einzubeziehen, wenn die Privatklinik eine bessere Unterbringung anbietet und diese auch in Rechnung gestellt hat. Wahlärztliche Leistungen sind nicht in den Kostenvergleich einzubeziehen.

Bei Krankenhäusern der Maximalversorgung wird unterstellt, dass grundsätzlich für jedwede Erkrankung eine objektive Behandlungsmöglichkeit gegeben ist.

Sofern bekannt ist, dass Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige sich in Kliniken behandeln lassen, die weder das KHEntgG noch die BPfIV anwenden, erscheint es angezeigt, sie darüber zu informieren, dass möglicherweise hohe nicht gedeckte Kosten verbleiben.

Zu Absatz 3 (bleibt frei)

§ 27 Häusliche Krankenpflege

(1) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind beihilfefähig, soweit sie angemessen und nach ärztlicher Verordnung vorübergehend erforderlich sind. Die Aufwendungen sind auch beihilfefähig, wenn die häusliche Krankenpflege außerhalb des eigenen Haushalts an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.

(2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 umfasst

1. Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,
2. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und
3. ambulante psychiatrische Krankenpflege.

(3) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der Absätze 1 und 2 durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Eltern oder die Kinder des Gepflegten durchgeführt, sind nur beihilfefähig:

1. Aufwendungen für Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person und
2. eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.

Zu § 27

Zu Absatz 1

Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie gegebenenfalls der Behandlungspflege bedürfen.

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

Bei einer häuslichen Krankenpflege sind die Aufwendungen angemessen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger. Dabei ist es ausreichend, wenn die Pflegedienstleister bestätigen, dass die abgerechneten Sätze ortsüblich sind und in dieser Höhe auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine von der Ärztin oder dem Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.

Andere geeignete Orte für eine häusliche Krankenpflege sind Orte, an denen sich die oder der zu Pflegenden regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Solche Orte können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.

Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Sätze nach 27.1.3 beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 2

Behandlungspflege sind Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können. Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen, Beatmungspflege.

Grundpflege umfasst die Grundverrichtungen des täglichen Lebens. Dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.

Hauswirtschaftliche Versorgung sind Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind. Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.

Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro/tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
- Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens/Zu-Bett-Gehens,
- Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens.

Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind:

Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),

Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,

Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

Für denselben Zeitraum ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen, es sei denn, die Maßnahmen ergänzen ihre jeweils spezifische Zielsetzung.

Zu Absatz 3 (bleibt frei)

§ 28 Familien- und Haushaltshilfe

(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn

1. die oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen ihrer oder seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 26 und 32 Abs. 1, §§ 34 und 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 5, §§ 39 und 40 Abs. 2) nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
2. im Haushalt mindestens eine Beihilfeberechtigte, ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, die oder der pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

In besonderen Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde von diesen Voraussetzungen abgewichen werden.

(2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen Unterbringung beihilfefähig, wenn deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wurde. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Im Todesfall der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Satz 1 für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. § 27 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

Zu § 28

Zu Absatz 1

Als angemessen gelten die Sätze, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Dabei ist es ausreichend, wenn die Familien- und Haushaltshilfe bestätigt, dass der in dieser Höhe abgerechnete Satz dem anerkannten Satz der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Die Voraussetzungen sind auch dann insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt nach § 26 durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.

Zu Absatz 2

Die Notwendigkeit für eine Familien- und Haushaltshilfe für die ersten 28 Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung liegt nur dann vor, wenn die oder der Erkrankte nach einer stationären oder ambulanten Operation die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht – auch nicht teilweise – wieder übernehmen kann. Entsprechendes gilt für allein stehende beihilfeberechtigte Personen.

Der Verweis im Satz 3 auf Satz 1 bezieht sich auf die beihilfefähigen Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe und bestimmt dabei nicht den zeitlichen Rahmen.

Zu Absatz 3 (bleibt frei)

§ 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland

(1) Aufwendungen Beihilfeberechtigter nach § 3 für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn

1. eine ambulante ärztliche Behandlung des Elternteils, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
2. mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und
3. die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.

(2) Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienort nicht gewährleistet ist und der Dienort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer.

(3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienortes nach Absatz 2 Satz 1 mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Übernehmen die Ehegattin, der Ehegatte, die Eltern oder die Kinder des die Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch Nehmenden die Führung des Haushalts, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

Zu § 29

Zu Absatz 1

Die Bezeichnung Elternteil schließt sowohl die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten selbst als auch die berücksichtigungsfähige Angehörige oder den berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein.

Für Beihilfeberechtigte nach § 3 bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Entgeltsätzen.

Zu Absatz 2 (bleibt frei)

Zu Absatz 3

Der Bezug auf Absatz 2 Satz 1 bezieht sich auf die Nichtgewährleistung einer sachgemäßen ärztlichen Versorgung am Dienstort und nicht auf den Fall des Absatzes 2 (Geburtsfall).

§ 30 Soziotherapie

Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn die oder der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Zu § 30

Allgemeine Hinweise zur Zielrichtung und Ausgestaltung der Soziotherapie

Die Regelung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie orientiert sich an § 37a SGB V. Nach § 37a Abs. 2 SGB V bestimmen sich Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23. August 2001, BAnz. S. 23735 vom 21. November 2001, die am 1. Januar 2001 in Kraft getreten sind.

Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll der Patientin oder dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; die Patientin oder der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.

Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten statt und umfasst die Koordination der im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen. Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der den Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang zu ihrer Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.

Beihilfefähigkeit der Soziotherapie

Soziotherapie ist grundsätzlich beihilfefähig, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

Die Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig bei Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung nach Nummer 30.2 mit Fähigkeitsstörungen aus allen in Nummer 30.3 aufgeführten Bereichen (wobei innerhalb der einzelnen Bereiche jeweils eine Störung ausreicht) und einem Schweregrad, der den Wert 40 auf der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) nicht überschreitet.

Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nrn.: F 20.0 – 20.6 (Schizophrenie), 21 (schizotype Störung), 22 (anhaltende wahnhafte Störung), 24 (induzierte wahnhafte Störung) und 25 (schizoaffektive Störung)) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nrn.: F 31.5 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung), 32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) und 33.3 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung)).

Die Erkrankungen, die der Soziotherapie bedürfen, sind gekennzeichnet durch folgende Fähigkeitsstörungen:

Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges.

Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit.

Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens.

Mangelnde Compliance (Therapietreue) im Sinne eines krankheitsbedingt unzureichenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

Die Beihilfefähigkeit der Soziotherapie setzt voraus, dass die Patientin oder der Patient die Therapieziele erreichen kann. Deshalb soll die Patientin oder der Patient über die hierzu notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn bei der Patientin oder dem Patienten keine langfristige Verminderung der in Nummer 30.3 genannten Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

Wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung der Soziotherapie vorliegen, sind die im Folgenden aufgeführten Leistungen beihilfefähig, die die Patientin oder den Patienten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen befähigen sollen:

- Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans,*
- Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen,*
- Arbeit im sozialen Umfeld,*
- Soziotherapeutische Dokumentation.*

Darüber hinaus können die Aufwendungen für folgende Maßnahmen als beihilfefähig anerkannt werden:

- Motivations- (antriebs-) relevantes Training,*

- Training zur handlungsrelevanten Willensbildung,
- Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung,
- Hilfe in Krisensituationen.

Anerkennung und Umfang der Beihilfefähigkeit

Die Verordnung von Psychotherapie dürfen Ärztinnen und Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Psychotherapie ist die Motivierung der Patientin oder des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen den psychotherapeutischen Leistungserbringern maximal drei Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Psychotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Psychotherapie kommt.

Lässt es sich nicht erreichen, dass die Patientin oder der Patient die Überweisung zu einer Ärztin oder einem Arzt wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Psychotherapie durch eine genannte Ärztin oder einen genannten Arzt, sind die maximal drei von einer psychotherapeutischen Leistungserbringerin oder einem psychotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch beihilfefähig.

Die Dauer und die Frequenz der psychotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. Es können insgesamt höchstens bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von höchstens drei Jahren als beihilfefähig anerkannt werden. Unter einem Krankheitsfall ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in den Nummern 30.1.2 bis 30.4 aufgeführten Indikationen von bis zu drei Jahren zu verstehen.

Als beihilfefähig anerkannt werden können je Verordnung bis maximal 30 Therapieeinheiten, höchstens jedoch so viele Therapieeinheiten, wie zur Erreichung des Therapiezieles oder bis zur Feststellung, dass dieses nicht erreichbar sein wird, erforderlich scheinen.

Eine Psychotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. Dies ist in der psychotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.

Psychotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. Psychotherapie kann in Absprache von Ärztin oder Arzt und Leistungserbringerin oder Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu zwölf Teilnehmerinnen oder Teilnehmer umfassen. Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Psychotherapieeinheit 90 Minuten. Dadurch darf jedoch das maximale Gesamtkontingent für Psychotherapie von 120 Zeitstunden nicht überschritten werden.

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Psychotherapie erlischt, wenn sich im Laufe der Behandlung herausstellt, dass die Patientin oder der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann und die Behandlung aus diesem Grunde beendet wird. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele.

Wird während der Psychotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die die Weiterführung der Psychotherapie nach dem Behandlungsplan nicht möglich macht, umfasst die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Psychotherapie auch den Kontakt der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers der Psychotherapie mit der Patientin oder dem Patienten, um eine möglichst frühzeitige Entlassung zu erreichen und in Absprache mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt die Wiederaufnahme und Weiterführung der Psychotherapie sicherzustellen.

Die Leistungserbringung und die Höhe der Vergütung orientieren sich an den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Als angemessen gelten die mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarten Sätze.

§ 31 Fahrtkosten

- (1) Aufwendungen für Rettungsfahrten zum Krankenhaus sind beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
- (2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten
 1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,
 2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn
 - a) dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder
 - b) die Festsetzungsstelle zugestimmt hat,
 3. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung in besonderen Ausnahmefällen nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle,
 4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine – andernfalls medizinisch gebotene – stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
 5. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
 6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist, und
 7. der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten Kindes oder Jugendlichen in begründeten Ausnahmefällen.
- (3) Nicht beihilfefähig sind
 1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen sowie
 2. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Behandlungen außerhalb der Europäischen Union. Ausnahmen sind zulässig, soweit sie aus zwingenden medizinischen Gründen im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes erforderlich sind. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.

(4) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Bundesreisekostengesetz entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung nur nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes gewährt wird. Bei Fahrten nach den Absätzen 1 und 2 Nr. 6 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

(5) Ist für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn

1. eine sofortige Behandlung geboten war oder
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

zu § 31

Zu Absatz 1

Rettungsfahrten umfassen Aufwendungen für Rettungswagen, Notarztwagen und Rettungshubschrauber. Da in der Regel vor der Beauftragung einer Rettungsfahrt keine ärztliche Entscheidung herbeigeführt werden kann, ist die Beihilfefähigkeit von Rettungsfahrten immer gegeben. Auf den Umfang der im Krankenhaus eingeleiteten Maßnahmen kommt es dabei nicht an.

Zu Absatz 2

Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt mit der Verordnung der Beförderung. Aufwendungen sind für die Hin- und Rückfahrt gesondert zu prüfen, insbesondere ist dabei der aktuelle Gesundheitszustand der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen und ihre oder seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der nächst gelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.

Fahrtkosten zu einer ambulanten Krankenbehandlung nach Nummer 3 können in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig sein. Diese Fahrten bedürfen dem Grunde nach der vorherigen Zustimmung der Festsetzungsstelle. Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen sind beihilfefähig, wenn

- a) *Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gebehinderung); "Bl" (blind) oder "H" (hilflos) vorlegt oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen,*
- b) *vorübergehend vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach den Kriterien von Buchstabe a) vorliegen oder*
- c) *Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.*

Die Voraussetzungen der Nummer 6 sind erfüllt, wenn aus der Sicht der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens im Zeitpunkt der Verordnung erforderlich war. Auf die tatsächliche Betreuung oder Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens kommt es nicht an.

Aufwendungen für Besuchsfahrten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines ins Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen notwendig ist. Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend.

Zu Absatz 3

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ist grundsätzlich auf notwendige Aufwendungen in angemessenem Umfang begrenzt. Das bedeutet, dass Aufwendungen, die durch einen krankheitsbedingt erforderlichen Rücktransport anlässlich einer privaten Reise veranlasst werden, nicht beihilfefähig sind. Grundsätzlich sind Reisekosten anlässlich Behandlungen außerhalb der Europäischen Union und Rückbeförderungen wegen Erkrankung während der Urlaubsreise auch von Urlaubsorten innerhalb der Europäischen Union nicht beihilfefähig. Da die Wahl von Behandlungsorten außerhalb der Europäischen Union und von Urlaubsorten in der Einfluss-sphäre der oder des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen liegt, ist eine Fürsorgeleistung des Dienstherrn grundsätzlich nicht geboten. Die Ausnahmeregung nach Nummer 2 Satz 2 soll in den seltenen Fällen, in denen eine medizinische Behandlung in Staaten der Europäischen Union nicht erfolgen kann, die Möglichkeit eröffnen, Fahrtkosten zu erstatten. Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen.

Zu Absatz 4

Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann als beihilfefähig zu berücksichtigen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können.

Zu Absatz 5

Die Beihilfeberechtigten sollen, sofern keine sofortige Ausreise geboten ist, grundsätzlich vor Antritt der Reise die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Beförderungskosten bei der Festsetzungsstelle beantragen. Ist die vorherige Anerkennung unterblieben, entscheidet die Festsetzungsstelle, ob ein begründeter Einzelfall im Sinne von Absatz 5 Satz 2 der Verordnung vorliegt, der die nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Beförderungskosten rechtfertigt.

§ 32 Unterkunfts-kosten

(1) Aufwendungen für Unterkunft anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen sind bis zur Höhe von 150 Prozent der Sätze nach § 7 Abs. 1 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfefähig. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft in gleicher Höhe beihilfefähig.

(2) Werden ärztlich verordnete Heilmittel in einer Einrichtung verabreicht, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch Pauschalen beihilfefähig. Dies gilt auch, wenn die Pauschalen einen Verpflegungsanteil enthalten.

(3) Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 sind für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch beihilfefähig für notwendige ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Gastlandes. Die Aufwendungen für eine Unterkunft im Ausland sind bis zu 150 Prozent der Höhe der Auslandsübernachtungsgeldsätze nach der Anlage zur Auslandsreisekostenverordnung beihilfefähig.

Zu § 32

Zu Absatz 1

Die Aufwendungen sind nur bei notwendiger auswärtiger Behandlung beihilfefähig. Diese Voraussetzung ist grundsätzlich nur dann gegeben, wenn die Behandlung nicht am Wohnort erfolgen kann.

Zu Absatz 2

Absatz 2 setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung (stationäre Unterbringung) voraus. Eine Unterbringung nur tagsüber (teilstationäre Unterbringung) reicht nicht aus. Bei teilstationärer Unterbringung ist diese Regelung nicht anzuwenden.

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 der Anwendung von Heilmitteln nach § 23 erforderlich ist.

Betten- und Platzfreihaltegebühren, die für die Unterbrechungen durch Krankheit der oder 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 der behandelten Person liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen je Abwesenheit.

Zu Absatz 3

Die Hinweise zu den Absätzen 1 und 2 gelten für Beihilfeberechtigte mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen entsprechend. Die Behandlung außerhalb des Gastlandes ist als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Behandlung im Gastland nicht oder nicht mit gleicher Erfolgsaussicht erfolgen kann.

Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit der Unterkunftskosten gilt auch für eine gegebenenfalls erforderliche Begleitperson.

§ 33

Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, sind beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.

Zu § 33

Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn kann es in besonderen Einzelfällen erfordern, eine Beihilfe zu den Kosten einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode nach den jeweiligen Bemessungssätzen zu erstatten (BVerfG, Urteil vom 6.12.2005 – 1 BvR 347/98). Diese Verpflichtung besteht konkret dann, wenn

1. *sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer bestimmten Krankheit noch nicht herausgebildet hat oder*
2. *das anerkannte Heilverfahren nicht angewendet werden darf oder*
3. *ein solches bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist.*

Darüber hinaus muss in diesen Fällen die nicht ganz entfernt liegende Möglichkeit bestehen, dass die nicht wissenschaftlich anerkannte Methode zu einer erkennbaren Linderung der Krankheitsfolgen führt. Es ist somit nicht erforderlich, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit der Heilung, der Verlängerung der Lebensdauer oder der Verbesserung der Lebensqualität besteht. Eine reale Chance reicht aus. Die Festsetzungsstelle entscheidet über das Vorliegen der Voraussetzungen. Sie kann dazu auf ihre Kosten eine ärztliche Stellungnahme einholen.

Abschnitt 3 Rehabilitation

§ 34

Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

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

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

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

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

Zu § 34

Zu Absatz 1

Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem der Anschlussrehabilitation. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsleistungen kommen Behandlungen in direktem Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt oder an damit in Zusammenhang stehende ambulante ärztliche Leistungen in Betracht, wenn diese medizinisch erforderlich sind, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen – zum Beispiel nach einem Unfall oder Schlaganfall.

Eine Anschlussheilbehandlung soll sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung oder an die im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung stehende ambulante ärztliche Behandlung anschließen. Als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

Zu Absatz 2

Über die Beihilfefähigkeit entscheidet die Festsetzungsstelle im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens (s. Absatz 3 Satz 3). Die Suchtbehandlung kann entweder als medizinische Rehabilitation oder als Entwöhnung durchgeführt werden. Die Vorschrift sieht die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen sowohl für stationäre als auch für ambulante Maßnahmen vor.

Aufwendungen für die ambulante Nachsorge sind grundsätzlich angemessen, wenn sie nach einer Bestätigung der Einrichtung in gleicher Höhe auch von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen werden. Absatz 2 lässt jedoch Raum für besonders begründete Einzelfallentscheidungen der Festsetzungsstelle.

Zu Absatz 3

Aufwendungen für Anschlussheil- und Suchtbehandlungen sind beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet sind. Die ärztliche Verordnung muss Angaben zu Art, Dauer und Inhalt der beabsichtigten Maßnahme enthalten. Um eine unvoreingenommene Beurteilung der Notwendigkeit der Maßnahme sicher zu stellen, darf die Verordnung nicht von der die Maßnahme durchführenden Einrichtung stammen. Die Notwendigkeit einer Verlängerung der Maßnahme ist von der durchführenden Einrichtung festzustellen.

Die vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle bei Suchtbehandlungen dient dem Schutz der Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähiger Angehöriger und der Rechtssicherheit, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, vor Entstehung der regelmäßig hohen Aufwendungen auf etwaige Bedenken gegen deren Notwendigkeit und Angemessenheit (§ 6) hinzuweisen. Sofern in begründeten Ausnahmefällen, z. B. wegen Eilbedürftigkeit einer Maßnahme, eine vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle nicht eingeholt werden kann, kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

Die Einrichtungen, in denen die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt werden, müssen für die Durchführung der Maßnahme geeignet sein. Einrichtungen können ohne weitere Prüfung als geeignet angesehen werden, wenn sie die Voraussetzungen für die Anerkennung der Maßnahme durch Träger der Sozialversicherung (z. B. Träger der Kranken-, der Renten- oder gegebenenfalls auch der Unfallversicherung) bieten.

Zu Absatz 4

Durch diese Norm wird festgelegt, dass für Anschlussheil- und Suchtbehandlungen die §§ 26 (Krankenhausleistungen) und 31 (Fahrkosten) entsprechend gelten. Damit wird z. B. klargestellt, dass für stationäre Anschlussheil- und Suchtbehandlungen sowohl Wahlleistungen nach § 26 Abs. 1 Nr. 3 als auch die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson (§ 26 Abs. 1 Nr. 4) beihilfefähig sind. Vergleichsberechnungen sind nicht erforderlich.

§ 35

Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen und besondere Heilbehandlungen durchführen, beispielsweise mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie, soweit die dafür erforderliche Ausstattung und das Pflegepersonal vorhanden sind,
2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung,
3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitationen bei Krebserkrankung eines Kindes,
4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1,
5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen und
6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.

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

1. Fahrtkosten für die An- und Abreise

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

Zu § 35

Zu Absatz 1 Nr. 1

Eine Einrichtung ist grundsätzlich als geeignet zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen anzusehen, wenn sie zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen für Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung zugelassen ist, sowie vergleichbare Privatkliniken. Ein Kostenvergleich ist nicht erforderlich.

Bei der Durchführung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen. Von diesem Grundsatz kann abgewichen werden, wenn im Einzelfall aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme 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 stationären Maßnahme gefährden würde, oder
- Betroffene wegen einer schweren Behinderung, z. B. Blindheit, einer ständigen Hilfe bedürfen, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, oder
- während der stationären Maßnahme eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss vor der beihilferechtlichen Anerkennung der stationären Rehabilitationsmaßnahme bestätigen, dass die Anwesenheit einer Begleitperson für den Erfolg der Behandlung dringend geboten ist.

Zu Absatz 1 Nr. 2

Aufwendungen für Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen 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 § 111a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht. Sofern die Aufwendungen in pauschalen Tagessätzen abgerechnet werden, sind auch die Aufwendungen des nicht behandlungsbedürftigen Kindes in voller Höhe beihilfefähig.

Für Kinder, die bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in die Einrichtung mit aufgenommen werden, gleichwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (z. B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter oder Vater und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder des Alters des Kindes, weil das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). Aufwendungen für das Kind sind der Mutter oder dem Vater zuzurechnen.

Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, so handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme. In diesem Falle kann eine stationäre Rehabilitation für das Kind beihilfefähig sein.

Zu Absatz 1 Nr. 3

Ziel der familienorientierten Rehabilitation nach Absatz 1 Nr. 3 ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. Deshalb ist bei ärztlich verordneter familienorientierter Rehabilitation nach Nr. 3 kein gutachterliches Voranerkennungsverfahren erforderlich.

Zu Absatz 1 Nr. 4

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der Nummer 4 sind nur bei aktiven Beamtinnen und Beamten beihilfefähig.

Die Verzeichnisse der anerkannten Kurorte sind als Anhang 6 und Anhang 7 beigelegt. Soweit Beihilfeberechtigte die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem nicht-deutschen Kurort innerhalb der Europäischen Union beantragen, der im Verzeichnis der anerkannten Kurorte nicht enthalten ist, trifft die oberste Dienstbehörde die Entscheidung über die Anerkennung des Ortes als Kurort. Die oder der Beihilfeberechtigte hat Unterlagen, die zur Entscheidung erheblich sind, vorzulegen. Die Anerkennung des Ortes als Kurort ist dem Bundesministerium des Innern über die oberste Dienstbehörde mitzuteilen.

Zu Absatz 1 Nr. 5

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind auch beihilfefähig, wenn sie von Einrichtungen durchgeführt werden, die der stationären Rehabilitation dienen.

Zu Absatz 1 Nr. 6

Beihilfefähig im Sinne dieser Vorschrift ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining entsprechend der in Anhang 9 enthaltenen Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 in der Fassung vom 1. Januar 2007.

Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios oder allgemeine Fitness-Übungen.

Zu Absatz 2

Die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 steht der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen nach den §§ 14 bis 21 nicht entgegen, unabhängig davon, ob sie in Zusammenhang mit oder unabhängig von der Rehabilitationsmaßnahme erforderlich sind.

Aus den Vorschriften über die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten ergibt sich, dass es den Beihilfeberechtigten oder ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen überlassen bleibt, welche Beförderungsmittel sie nutzen. Der Höchstbetrag von 200 Euro gilt für die gesamten Fahrtkosten (An- und Abreise) und unabhängig vom benutzten Verkehrsmittel. Das bedeutet, dass die Bezugnahme auf das Bundesreisekostengesetz (BRKG) bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs lediglich die Höhe des beihilfefähigen Betrags je gefahrenen Kilometers entsprechend § 5 Abs. 1 BRKG (z. Zt. 20 Cent je km) regelt. Die darüber hinaus in § 5 Abs. 1 BRKG genannten Höchstbeträge von 130 Euro oder 150 Euro finden jedoch keine Anwendung.

Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Begleitpersonen ist unerheblich, in welchem Verhältnis sie zu der oder dem Beihilfeberechtigten oder der oder dem berücksichtigungsfähigen Angehörigen stehen, die oder der rehabilitiert wird.

Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine stationäre Rehabilitation bis zu 21 Tagen beihilfefähig. Ergibt sich im Verlauf der stationären Rehabilitation, 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 stationären Rehabilitation durch die Festsetzungsstelle auch aufgrund eines fachärztlichen Gutachtens der in der Einrichtung behandelnden Ärztin oder des in der Einrichtung behandelnden Arztes erfolgen. Satz 1 gilt nicht für die stationäre Rehabilitation bei Kindern.

Führen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur gleichen Zeit und in der gleichen Einrichtung eine stationäre Rehabilitation durch, zählt dies bei Benutzung privater Personenkraftwagen als eine Fahrt.

Bei der Mutter/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme handelt es sich um "eine" Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrtkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, wenn für das Kind gesonderte Fahrtkosten entstehen.

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

Nummer 5 Buchstabe a dient der Klarstellung, dass lediglich die für Behandlung erforderliche Unterbringung und Verpflegung beihilfefähig sind. Beinhaltet der Tagessatz darüber hinaus Mehrkosten, die auf Wunsch der behandelten Person erbracht werden, sind diese nicht beihilfefähig.

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

1. Kurortverzeichnis Inland

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
A				
Aachen	52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062	Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433	Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
Abbach	93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419	Ahlbeck	G	Seeheilbad
Aibling	83043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680	Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Altenberg	01773	Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
Andernach	56626	Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad

*) B = Einzelkurbetrieb; G = gesamtes Gemeindegebiet; K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Aulendorf	88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270	Baiersbronn	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Balge	31609	Balge	B – Blenhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429	Bansin	G	Seeheilbad
Bayersoien	82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410	Bayreuth	B – Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellenkurbetrieb
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624	Bederkesa	G	Moorheilbad
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806	Belzig	Belzig	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Berggießhübel	01819	Bad Gottleuba – Berg- gießhübel	Berggießhübel	Kneippkurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck i. Fichtel- gebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge Frankenhammer, Kutschenrangen Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bernkastel-Kues	54470	Bernkastel-Kues	Stadtteil Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneipp- kurort
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Birnbach	84364	Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofsgrün	95493	Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440	Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389	Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087	Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Boltenhagen	23944	Ostseebad Boltenhagen	G	Seeheilbad
Boppard	56154	Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippheilbad Heilbad
Borkum	26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-) Heilbad

*) B = Einzelkurbetrieb; G = gesamtes Gemeindegebiet; K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
<i>Bramstedt</i>	24576	<i>Bad Bramstedt</i>	<i>Bad Bramstedt</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Braunlage</i>	38700	<i>Braunlage</i>	<i>G mit Hohegeiß</i>	<i>Heilklimatischer Kurort</i>
<i>Breisig</i>	53498	<i>Bad Breisig</i>	<i>Bad Breisig</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Brilon</i>	59929	<i>Brilon</i>	<i>Brilon</i>	<i>Kneippkurort</i>
<i>Brückenua</i>	97769	<i>Bad Brückenua</i>	<i>G – sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Buchau</i>	88422	<i>Bad Buchau</i>	<i>Bad Buchau</i>	<i>(Moor-) Heilbad</i>
<i>Buckow</i>	15377	<i>Buckow</i>	<i>G – ausgenommen der Ortsteil „Hasenholz“</i>	<i>Kneippkurort</i>
<i>Bünde</i>	32257	<i>Bünde</i>	<i>Randringhausen</i>	<i>Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)</i>
<i>Büsum</i>	25761	<i>Büsum</i>	<i>Büsum</i>	<i>Seeheilbad</i>
<i>Burgbrohl</i>	56659	<i>Burgbrohl</i>	<i>Bad Tönisstein</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Burg/Fehmarn</i>	23769	<i>Burg/Fehmarn</i>	<i>Burg</i>	<i>Seeheilbad</i>
C				
<i>Camberg</i>	65520	<i>Bad Camberg</i>	<i>K</i>	<i>Kneippheilbad</i>
<i>Clausthal-Zellerfeld</i>	38678	<i>Clausthal-Zellerfeld</i>	<i>Clausthal-Zellerfeld</i>	<i>Heilklimatischer Kurort</i>
<i>Colberg-Heldburg</i>	98663	<i>Bad Colberg – Heldburg</i>	<i>Bad Colberg</i>	<i>Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb</i>
<i>Cuxhaven</i>	27478	<i>Cuxhaven</i>	<i>G</i>	<i>Nordseeheilbad</i>
D				
<i>Dahme</i>	23747	<i>Dahme</i>	<i>Dahme</i>	<i>Seeheilbad</i>
<i>Damp</i>	24351	<i>Damp</i>	<i>Damp 2000</i>	<i>Seeheilbad</i>
<i>Daun</i>	54550	<i>Daun</i>	<i>Daun</i>	<i>Kneippkurort und Heilklimati- scher Kurort</i>
<i>Detmold</i>	32760	<i>Detmold</i>	<i>Hiddesen</i>	<i>Kneippkurort</i>
<i>Diez</i>	65582	<i>Diez</i>	<i>Diez</i>	<i>Felkekurort</i>
<i>Ditzenbach</i>	73342	<i>Bad Ditzenbach</i>	<i>Bad Ditzenbach</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Dobel</i>	75335	<i>Dobel</i>	<i>G</i>	<i>Heilklimatischer Kurort</i>
<i>Doberan</i>	18209	<i>Bad Doberan</i>	<i>Bad Doberan Heiligendamm</i>	<i>(Moor-) Heilbad Seeheilbad</i>
<i>Driburg</i>	33014	<i>Bad Driburg</i>	<i>Bad Driburg, Hermannsborn</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Düben</i>	04849	<i>Bad Düben</i>	<i>Bad Düben</i>	<i>(Moor-) Heilbad</i>
<i>Dürkheim</i>	67098	<i>Bad Dürkheim</i>	<i>Bad Dürkheim</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Dürrheim</i>	78073	<i>Bad Dürrheim</i>	<i>Bad Dürrheim</i>	<i>(Sole-) Heilbad und Heilklima- tischer Kurort</i>
E				
<i>Ehlscheid</i>	56581	<i>Ehlscheid</i>	<i>G</i>	<i>Heilklimatischer Kurort</i>
<i>Eilsen</i>	31707	<i>Bad Eilsen</i>	<i>G</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Elster</i>	04645	<i>Bad Elster</i>	<i>Bad Elster, Sohl</i>	<i>Mineral- und Moorheilbad</i>
<i>Ems</i>	56130	<i>Bad Ems</i>	<i>Bad Ems</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Emstal</i>	34308	<i>Bad Emstal</i>	<i>Sand</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Endbach</i>	35080	<i>Bad Endbach</i>	<i>K</i>	<i>Kneippheilbad</i>
<i>Endorf</i>	83093	<i>Bad Endorf</i>	<i>Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham Kurf, Rachental, Ströbing</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Erwitte</i>	59597	<i>Erwitte</i>	<i>Bad Westernkotten</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Esens</i>	26422	<i>Esens</i>	<i>Bensersiel</i>	<i>Nordseeheilbad</i>
<i>Essen</i>	49152	<i>Bad Essen</i>	<i>Bad Essen</i>	<i>Heilbad</i>
<i>Eutin</i>	23701	<i>Eutin</i>	<i>G</i>	<i>Heilklimatischer Kurort</i>
F				
<i>Fallingbostel</i>	29683	<i>Fallingbostel</i>	<i>Fallingbostel</i>	<i>Kneippheilbad</i>

*) B = Einzelkurbetrieb; G = gesamtes Gemeindegebiet; K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G – ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Finsterberg	99898	Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	K	Sole-Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Freudenstadt	72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort
Füssing	94072	Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Eggfling a. Inn, Eitlöd, Flickeröd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklam	Heilbad
G				
Gaggenau	76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467	Garmisch-Partenkirchen	G – ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippheilbad
Gladenbach	35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Gottleuba	01816	Bad Gottleuba – Berggießhübel	Bad Gottleuba	(Moor-) Heilbad
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Seeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal Weghof	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Seeheilbad
Grönenbach	87728	Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, in der Tarrast, Egg, Gemeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhoven, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldeck b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Seeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilbad
H				
Haffkrug-Scharbeutz	23683	Haffkrug-Scharbeutz	Haffkrug	Seeheilbad
Haigerloch	72401	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	Heilbad und

*) B = Einzelkurbetrieb; G = gesamtes Gemeindegebiet; K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Heilbrunn	83670	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kien- see, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Vogelherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilklimatischer Kurort Heilbad
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	B	Heilquellen-Kurbetrieb
Heringsdorf	17442	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-) Heilbad
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251	Bad Hersfeld	K	(Mineral-) Heilbad
Hille	32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Hindelang	87541	Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Re- ckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimati- scher Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Höchenschwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Seeheilbad
Holzminden	37603	Holzminden	Neuhaus	Heilklimatischer Kurort
Homburg	61348	Bad Homburg v. d. Höhe	K	Heilbad
Horn	32805	Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J				
Juist	26571	Juist	G	Nordseeheilbad
K				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippheilbad und Thermal- Sole-Heilbad
Kellenhusen	23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimati- scher Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G – ohne die eingegliederten Gebiete der ehe- maligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzting	93444	Kötzting	Stadtteil Kötzting	Kneippheilbad
Kohlgrub	82433	Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	83708	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort

*) B = Einzelkurbetrieb; G = gesamtes Gemeindegebiet; K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Kreuznach	55543	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	79189	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86381	Krumbach (Schwaben)	B – Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
L				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	56112	Lahnstein	Stadtteil Lahnstein auf der Höhe	Heilquellen-Kurbetrieb
Langensalza	99947	Bad Langensalza	K	Schwefel-Sole-Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	G	(Mineral-) Heilbad
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	K	Heilbad
Liebenwerda	04924	Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	Lobenstein	Lobenstein	Moor- Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Lüneburg	21335	Lüneburg	Kurpark mit Kurzentrum	Sole-Moor-Heilbad
M				
Malente	23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	56470	Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie die Bahntrasse Erbach-Bad Marienberg)	Kneippheilbad
Marktschellenberg	83487	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666	Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mölln	23879	Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116	Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münder	31848	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münster/Stein	55583	Bad Münster am Stein-Eberburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Murnau	82418	Murnau a. Staffelsee	B – Ludwigsbad Murnau	Moorkurbetrieb
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
N				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B – Badehaus Maiersreuth Sybillenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Neubulach	75386	Neubulach	Neubulach	Heilstollen- Kurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad

*) B = Einzelkurbetrieb; G = gesamtes Gemeindegebiet; K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Neuharlingsersiel	26427	Neuharlingsersiel	Neuharlingsersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	93333	Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale, Salzburg	Heilbad
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946	Norddorf/Amrum	Norddorf	Seeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Seeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O				
Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G – ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619	Bad Orb	G	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740	Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Porta Westfalica	32457	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
Preußisch Oldendorf	32361	Preußisch Oldendorf	Bad Holzhausen	Heilbad
Prien	83209	Prien a. Chiemsee	G – ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pyrmont	31812	Bad Pyrmont	K	Heilbad
R				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	74906	Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-) Heilbad
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
S				
Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad

*) B = Einzelkurbetrieb; G = gesamtes Gemeindegebiet; K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Salzdetfurth	31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	G	Mineralheilbad und Moorbad
Salzuflen	32105	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Kneippkurort
Sassendorf	59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulgau	88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Bad Schandau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad
Scheidegg	88175	Scheidegg	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Schieder	32816	Schieder- Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	65388	Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301	Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	a) Fredeburg b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömburg	75328	Schömburg	Schömburg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471	Schönau a. Königsee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217	Schönberg	Holm	Heilbad und Kneippkurort
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624	Schönebeck-Salzelmen	G	Heilbad
Schönwald	78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-) Heilbad
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B – Kurheim Bad Adelholzen	Heilquellen-Kurbetrieb
Sinzig	53489	Sinzig	Bad Bodendorf	Heilbad
Sobernheim	55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Felke-Heilbad
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628	Bad Soden-Salmünster	Bad Soden	Mineralheilbad
Soltau	29614	Soltau	B	(Sole-) Heilbad
Sooden-Allendorf	37242	Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Andreasberg	37444	St. Andreasberg	G	Heilklimatischer Kurort
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad und Mineralheilbad
Staffelstein	96226	Bad Staffelstein	G	Heilbad
Steben	95138	Bad Steben	G	Heilbad
Stützerbach	98714	Stützerbach	Stützerbach	Kneippkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb

*) B = Einzelkurbetrieb; G = gesamtes Gemeindegebiet; K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Suderode	06507	Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	(Moor- u. Sole-) Heil-bad
Sulza	99518	Bad Sulza	Bad Sulza	Sole-Heilbad
T				
Tabarz	99891	Tabarz	G	Kneipp-Kurort
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zavelstein	75385	Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268	Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Thyrnau	94136	Thyrnau	B – Sanatorium Kellberg	Mineralquellen-Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
Todtmoos	79682	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646	Bad Tölz	Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz	Moorheilbad und Heilklimatischer Kurort
			Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B – Altmühltherme/Lambertusbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Triberg	78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U				
Überkingen	73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
V				
Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Varel	26316	Varel	B – Dangast	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Heilbad
Villingen-Schwenningen	78050	Villingen- Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
W				
Waldbronn	76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486	Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414	Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heil- quelle)
Warmbad	09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996	Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wieda	37447	Wieda	Wieda	Heilklimatischer Kurort
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad

*) B = Einzelkurbetrieb; G = gesamtes Gemeindegebiet; K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildemann	38709	Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	34537	Bad Wildungen	K	Heilbad
Willingen	34508	Willingen (Upland)	A) K b) Usseln	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort und Heilbad Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	Thermal- und Moorheilbad
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-) Heilbad
Windsheim	91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimer- mühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946	Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergam- menried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wünnenberg	33181	Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-) Heilbad
Wyk a. F.	25938	Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad
Z				
Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Seeheilbad
Zwesten	34596	Zwesten	K	Heilbad und Ort mit Heilquel- len-Kurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Heilbad

*) B = Einzelkurbetrieb; G = gesamtes Gemeindegebiet; K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

2. Register der Kurorte (Ortsteile), die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an anderer Stelle aufgeführt sind

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
A	
Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Siegsdorf
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing
Alschbach	Blieskastel
Altastenberg	Winterberg
Anatswald	Oberstdorf
An den Heilquellen	Freiburg
Agering	Füssing
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach
B	
Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Berwies	Heilbrunn

Kurort ohne Zusatz „Bad“

Berg
 Birgsau
 Blenhorst
 Bockswiese
 Bodendorf
 Brandholz
 Brandschachen
 Bregnitz
 Bruchhausen
 Bruck
 Burtscheid
 Busenbach

C

Cannstadt

D

Dangast
 Detfurth
 Dietersberg
 Dobra
 Dürmöd

E

Ebene
 Eckarts
 Eckenhagen
 Egg
 Eggfling a. Inn
 Einödsbach
 Eisenbartling
 Eitlöd
 Eldern
 Elkeringhausen
 Erbach

F

Faistenoy
 Faulenbach
 Faulenfürst
 Fischbach
 Fleckinger Mühle
 Flickenöd
 Frankenhammer
 Fredeburg

G

Gailenberg
 Gemünd
 Germete
 Gerstruben
 Glashütte
 Gmeinschwenden

aufgeführt bei

Stuttgart
 Oberstdorf
 Balge
 Goslar
 Sinzig
 Grönenbach
 Füssing
 Königsfeld
 Höxter
 Hindelang
 Aachen
 Waldbronn

Stuttgart

Varel
 Salzetfurth
 Oberstdorf
 Liebenwerda
 Füssing

Oberstdorf
 Brückenau
 Reichshof
 Grönenbach
 Füssing
 Oberstdorf
 Endorf
 Füssing
 Ottobeuren
 Winterberg
 Wimpfen

Oberstdorf
 Füssen
 Schluchsee
 Schluchsee
 Wimpfen
 Füssing
 Berneck
 Schmallenberg

Hindelang
 Schleiden
 Warburg
 Oberstdorf
 Schieder
 Grönenbach

Kurort ohne Zusatz „Bad“

Gögging
 Gögging
 Gottenried
 Graben
 Greit
 Gremsmühlen
 Grenier
 Griesbach
 Groß
 Gruben
 Gundsbach

H

Hahnenklee
 Hartenthal
 Harthausen
 Hausberge
 Heiligendamm
 Herbisried
 Hermannsborn
 Hiddesen
 Hinterstallau
 Hinterstein
 Höhenhöfe
 Hofham
 Hohegeiß
 Hoheneck
 Holm
 Holzhäuser
 Holzhaus
 Holzhausen
 Hopfen am See
 Hopfenberg
 Horumersiel
 Hub
 Hub
 Hueb

I

Imnau
 In der Tarrast
 Irching

J

Jauchen
 Jordanbad

K

Kalkofen
 Kellberg
 Kibling
 Kiensee
 Kleinwindsheimermühle

aufgeführt bei

Füssing
 Neustadt a.d. Donau
 Oberstdorf
 Heilbrunn
 Grönenbach
 Malente
 Königsfeld
 Peterstal-Griesbach
 Hindelang
 Oberstdorf
 Oberstdorf

Goslar
 Wörishofen
 Aibling
 Porta Westfalica
 Doberan
 Grönenbach
 Driburg
 Detmold
 Heilbrunn
 Hindelang
 Wimpfen
 Endorf
 Braunlage
 Ludwigsburg
 Schönberg
 Füssing
 Füssing
 Preußisch Oldendorf
 Füssen
 Petershagen
 Wangerland
 Füssing
 Heilbrunn
 Grönenbach

Haigerloch
 Grönenbach
 Füssing

Oberstdorf
 Biberach

Abbach
 Thyrnau
 Reichenhall
 Heilbrunn
 Windsheim

Kurort ohne Zusatz „Bad“

Klevers
Kornofen
Kornau
Kosilenzien
Kreuzbühl
Krummsee
Kurf
Kutschenrangen

L

Langau
Langenbach
Langenbrücken
Lautzkirchen
Lichtental
Liebenstein
Linden

M

Maasdorf
Manneberg
Meinberg
Mettnau
Mingolsheim
Mitterreuthen
Monheimsallee
Mürnsee

N

Neuhaus
Neutrauchburg
Niederholz
Niendorf

O

Oberbuchen
Oberdorf
Oberenzenau
Oberes Hart
Oberfischbach
Obergammenried
Oberjoch
Obermühl
Oberreuthen
Obersteinbach
Obertal
Ölmühle
Oos
Ostfeld
Ostrau

P

Pichl

aufgeführt bei

Grönenbach
Grönenbach
Oberstdorf
Liebenwerda
Grönenbach
Malente
Endorf
Berneck

Heilbrunn
Marienberg
Schönborn
Blieskastel
Baden-Baden
Hindelang
Heilbrunn

Liebenwerda
Grönenbach
Horn
Radolfzell
Schönborn
Füssing
Aachen
Heilbrunn

Holzminden
Isny
Grönenbach
Timmendorfer Strand

Heilbrunn
Hindelang
Heilbrunn
Wörishofen
Tölz
Wörishofen
Hindelang
Heilbrunn
Füssing
Heilbrunn
Baiersbronn
Grönenbach
Baden-Baden
Heilbrunn
Schandau

Füssing

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
<i>Pimsöd</i>	<i>Füssing</i>
<i>Poinzaun</i>	<i>Füssing</i>
R	
<i>Rachental</i>	<i>Endorf</i>
<i>Ramsau</i>	<i>Heilbrunn</i>
<i>Randringhausen</i>	<i>Bünde</i>
<i>Raupolz</i>	<i>Grönenbach</i>
<i>Rechberg</i>	<i>Grönenbach</i>
<i>Reckenberg</i>	<i>Hindelang</i>
<i>Reichenbach</i>	<i>Waldbronn</i>
<i>Reindschmiede</i>	<i>Heilbrunn</i>
<i>Reute</i>	<i>Oberstdorf</i>
<i>Riedenburg</i>	<i>Füssing</i>
<i>Riedle</i>	<i>Hindelang</i>
<i>Ringang</i>	<i>Oberstdorf</i>
<i>Rödlasberg</i>	<i>Berneck</i>
<i>Röthardt</i>	<i>Aalen</i>
<i>Rotenfels</i>	<i>Gaggenau</i>
<i>Rothenstein</i>	<i>Grönenbach</i>
<i>Rothenuffeln</i>	<i>Hille</i>
S	
<i>Safferstetten</i>	<i>Füssing</i>
<i>Saig</i>	<i>Lenzkirch</i>
<i>Salzburg</i>	<i>Neustadt a. d. Saale</i>
<i>Salzhausen</i>	<i>Nidda</i>
<i>Salzig</i>	<i>Boppard</i>
<i>Sand</i>	<i>Emstal</i>
<i>Schieferöd</i>	<i>Füssing</i>
<i>Schillig</i>	<i>Wangerland</i>
<i>Schöchlöd</i>	<i>Füssing</i>
<i>Schönau</i>	<i>Heilbrunn</i>
<i>Schöneschach</i>	<i>Wörishofen</i>
<i>Schwand</i>	<i>Oberstdorf</i>
<i>Schwarzenberg-Schönmünzsch</i>	<i>Baiersbronn</i>
<i>Schwenden</i>	<i>Grönenbach</i>
<i>Sebastiansweiler</i>	<i>Mössingen</i>
<i>Seebruch</i>	<i>Vlotho</i>
<i>Seefeld</i>	<i>Grönenbach</i>
<i>Senkelteich</i>	<i>Vlotho</i>
<i>Sohl</i>	<i>Elster</i>
<i>Spielmannsau</i>	<i>Oberstdorf</i>
<i>Steinach</i>	<i>Waldsee</i>
<i>Steinreuth</i>	<i>Füssing</i>
<i>Ströbing</i>	<i>Endorf</i>
T	
<i>Thalau</i>	<i>Füssing</i>
<i>Thalham</i>	<i>Füssing</i>
<i>Thierham</i>	<i>Füssing</i>
<i>Thürham</i>	<i>Aibling</i>
<i>Timmdorf</i>	<i>Malente</i>

Kurort ohne Zusatz „Bad“

Tönisstein
Tönisstein

U

Unterbuchen
Unterenzenau
Unteres Hart
Untergammenried
Unterjoch
Untersteinbach
Unterreuthen
Usseln

V

Valdorf-West
Voglherd
Voglöd
Vorderhindelang

W

Waldegg b. Grönenbach
Waldliesborn
Walkmühle
Warmbad
Warmeleithen
Weghof
Weichs
Weidach
Weiherweber
Westerkotten
Wies
Wiesweber
Wildstein
Wilhelmshöhe
Wörnern
Würding

Z

Zeitlofs
Zeischa
Zell
Ziegelberg
Ziegelstadel
Zieglöd
Zinnheim
Zwicklarn

aufgeführt bei

Andernach
Burgbrohl

Heilbrunn
Heilbrunn
Wörishofen
Wörishofen
Hindelang
Heilbrunn
Füssing
Willingen

Vlotho
Heilbrunn
Füssing
Hindelang

Grönenbach
Lippstadt
Windsheim
Wolkenstein
Berneck
Griesbach
Abbach
Füssing
Heilbrunn
Erwitte
Füssing
Heilbrunn
Traben-Trarbach
Kassel
Heilbrunn
Füssing

Brückenaus
Liebenwerda
Aibling
Grönenbach
Grönenbach
Füssing
Marienberg
Füssing

Anhang 7 (VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

Kurortverzeichnis EU-Ausland

Frankreich

Aix-les-Bains
Amélie-les-Bains
Cambo-les-Bains
La Roche-Posay

Italien

Abano Terme
Galzignano
Ischia
Montegrotto

Österreich

Badgastein
Bad-Hall in Tirol
Bad Hofgastein
Bad Schönanu
Oberlaa

Polen

Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroj

Rumänien

Bad Felix / Baile Felix

Slowakei

Piestany
Turcianske Teplice

Tschechien

Bad Belohrad / Lazne Belohrad
Bad Joachimsthal / Jachymov
Bad Teplitz / Lazne Teplice v Cechach
Franzensbad / Frantiskovy Lazne
Johannisbad / Janske Lazne
Karlsbad / Karlovy Vary
Konstantinsbad / Konstantinovy Lazne

Luhacovice

Marienbad / Marianske Lazne

Ungarn

Bad Heviz
Bad Zalakaros
Bük
Hajduszoboszlo
Komarom
Sarvar

Kurortverzeichnis Ausland

Ortsnamen am Toten Meer

Ein Boqeç,
Salt Land Village,
Sdom

Anhang 9 (zu § 35)

Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Oktober 2003

i. d. F. vom 01. Januar 2007

Um sicherzustellen, dass Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX im Rahmen der für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften nach einheitlichen Grundsätzen erbracht bzw. gefördert werden, treffen die Rehabilitationsträger

die gesetzlichen Krankenkassen

- die gesetzlichen Unfallversicherungsträger
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte
- die Träger der Kriegsopferversorgung

und

- der Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.
- der Deutsche Behindertensportverband e.V.
- die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.
- die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

unter Beteiligung

- der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und
- des Weibernetzes e.V.

nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die folgende Rahmenvereinbarung.

Ihren Beitritt zur Rahmenvereinbarung haben außerdem erklärt:

- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.
- Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e.V.
- Deutsche Parkinson Vereinigung e.V.
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e.V.

1 Zuständigkeit der Rehabilitationsträger

- 1.1 Die Rehabilitationsträger erbringen Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 SGB V, § 28 SGB VI, § 39 SGB VII, § 10 Abs. 1 ALG sowie Leistungen nach § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 BVG², um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.³ Diese Rehabilitationsziele orientieren sich im Sinne der ICF an dem gesamten Lebenshintergrund der betroffenen Menschen.
- 1.2 Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn bereits während dieser Leistung die Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining vom Arzt / von der Ärztin der Rehabilitationseinrichtung festgestellt worden ist und der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch den Rehabilitationssport / das Funktionstraining innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnt.
- 1.3 Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining ergänzend zu medizinischen Maßnahmen und im Anschluss an diese, im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie auch im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- 1.4 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind nicht als Ersatz für unzureichende Angebote an Spiel- und Sportmöglichkeiten in Einrichtungen der Behindertenhilfe, im Kindergarten, im allgemeinen Sportunterricht, in Sondergruppen außerhalb des Schulbetriebs und an der Hochschule zu verordnen.
- 1.5 Durch diese Rahmenvereinbarung unberührt bleiben die Durchführung von Breiten-, Freizeit- und Leistungssport behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen sowie die Zuständigkeit für die Ausbildung des bei der Durchführung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings notwendigen Personals.

2 Ziel, Zweck und Inhalt des Rehabilitationssports

- 2.1 Rehabilitationssport kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen⁴ in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Ziffer 15.1 ist zu beachten.
- 2.2 Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein.

² BVG – Bundesversorgungsgesetz, SGB – Sozialgesetzbuch, ALG – Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte.

³ Versehrtenleibesübungen sind nicht Gegenstand dieser Rahmenvereinbarung; für die Versehrtenleibesübungen gilt § 10 Abs. 3 BVG.

⁴ Zu diesen Personengruppen gehören i.S.d. Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

- 2.3 Ziel ist, ihre Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat das Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken und ihn zum langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining – z.B. durch weiteres Sporttreiben in der bisherigen Gruppe bzw. im Verein auf eigene Kosten – zu motivieren.
- 2.4 Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Auch Maßnahmen, die einem krankheits- / behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (z.B. Entspannungsübungen), sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen können Bestandteil des Rehabilitationssports sein. Die einzelnen Maßnahmen sind dabei auf die Erfordernisse der Teilnehmer/-innen abzustellen.
- 2.5 Maßnahmen des Rehabilitationssports beinhalten bei Bedarf auch spezielle Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, deren Selbstbewusstsein als Folge der Behinderung oder drohenden Behinderung eingeschränkt ist und bei denen die Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports erreicht werden kann.⁵

3 Ziel, Zweck und Inhalt des Funktionstrainings

- 3.1 Funktionstraining kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen⁶ in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Insbesondere kann Funktionstraining bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane angezeigt sein. Ziffer 15.1 ist zu beachten.
- 3.2 Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Funktionstraining ist organorientiert.
- 3.3 Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken und ihn zum langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms auf eigene Kosten, z.B. durch die weitere Teilnahme an Bewegungsangeboten, zu motivieren.
- 3.4 Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe unter fachkundiger Leitung vor allem durch Physiotherapeuten/-innen / Krankengymnasten/-innen im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Daneben können Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen und von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens Bestandteil des Funktionstrainings sein. ,

4 Leistungsumfang / Dauer / Leistungsausschlüsse

- 4.1 Die Erforderlichkeit für Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung ist grundsätzlich so lange gegeben, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltungen auf die fachkundige Leitung des/der Übungsleiter/-in / Therapeuten/-in angewiesen ist, um die in Ziffer 2.3 und Ziffer 3.3 genannten Ziele zu erreichen. Die Notwendigkeit für Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining kann erneut nach ambulanten oder stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestehen.
- 4.2 In der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte werden Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Regel bis zu 6 Monaten, längstens bis zu 12 Monaten, übernommen. Eine längere Leistungsdauer als 6 Monate ist möglich, wenn dieses aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Dies kann der Fall sein, wenn:
- bei einer schweren chronischen Herzkrankheit weiterhin ärztliche Aufsicht erforderlich ist oder
 - eine eigenverantwortliche Durchführung des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings krankheits- / behinderungsbedingt nicht oder noch nicht möglich ist, weil z.B. wegen der Veränderungen des Krankheitsbildes eine ständige Anpassung der Übungen erforderlich ist.
- 4.3 Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Dauer des Anspruchs auf Rehabilitationssport / Funktionstraining grundsätzlich nicht begrenzt. Auch eine wiederholte Gewährung von Rehabilitationssport / Funktionstraining ist daher möglich. Dies kommt insbesondere in Betracht bei:
- schweren Mobilitätsbehinderungen (Cerebralparese, Querschnittlähmung, Amputation, schwere Schädel-Hirnverletzung oder Lähmung von Gliedmaßen, u.a. Bein oder Arm),
 - Erblindung.
- 4.4 In der gesetzlichen Krankenversicherung werden Rehabilitationssport und Funktionstraining längstens für die in den Ziffern 4.4.1 bis 4.4.3 genannten Zeiträume erbracht. Ausnahmen gelten lediglich für die in Ziffer 4.4.4 aufgeführten Fälle. Leistungen anderer Rehabilitationsträger, die im zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der beantragten Leistung stehen, werden auf den Leistungsumfang nach Ziffern 4.4.1 bis 4.4.4 angerechnet.
- 4.4.1 Rehabilitationssport: In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports 50 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 18 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei folgenden Krankheiten kann wegen der häufig schweren Beeinträchtigungen der Mobilität oder Selbstversorgung im Sinn der ICF sowie der erforderlichen komplexen Übungen ein erweiterter Leistungsumfang von insgesamt 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten notwendig sein und bewilligt werden:
1. Infantile Zerebralparese
 2. Querschnittlähmung, schwere Lähmungen (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
 3. Doppelamputation von Gliedmaßen (Arm/Arm, Bein/Bein, Arm/Bein)

⁵ Die Vereinbarungspartner werden über entsprechende Konzeptionen beraten, so bald geeignete Vorschläge vorliegen.

⁶ Zu diesen Personenkreisen gehören i.S.d. Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

4. Organische Hirnschädigungen durch:
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - Tumore
 - Infektion (Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS)
 - vaskulären Insult (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit)
5. Multiple Sklerose
6. Morbus Parkinson
7. Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)
8. Glasknochen (Osteogenesis imperfecta)
9. Muskeldystrophie
10. Marfan-Syndrom
11. Asthma bronchiale
12. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
13. Mukoviszidose (zystische Fibrose)
14. Polyneuropathie
15. Dialysepflichtiges Nierenversagen (terminale Niereninsuffizienz).

Auch bei therapieresistenter Epilepsie kann wegen der besonderen Anforderungen an die individuelle Betreuung der erweiterte Leistungsumfang von 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten notwendig sein. Ebenso kann bei einer in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworbenen Blindheit beider Augen wegen der schwierigen und zu erlernenden Orientierung im Raum dieser erweiterte Leistungsumfang in Betracht kommen.

4.4.2 Rehabilitationssport in Herzgruppen:

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports in Herzgruppen bei chronischen Herzkrankheiten 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 30 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei herzkranken Kindern und Jugendlichen beträgt der Leistungsumfang 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten.

Folgeverordnungen sind möglich bei

- reduzierter links ventrikulärer Funktion ($EF^7 < 40\%$) und eingeschränkter Dauerbelastbarkeit (= maximale ergometrische Belastbarkeit abzüglich 30 %) $\leq 0,75$ W/kg Körpergewicht (Nachweise nicht älter als 6 Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder
- symptomlimitierter Dauerbelastbarkeit auf Werte $\leq 0,75$ W/kg Körpergewicht (Nachweise nicht älter als 6 Monate) aufgrund von Ischämiekriterien (belastungsabhängige Angina pectoris oder ST-Streckensenkungen bei nicht revaskularisierbaren Patienten).

Der Leistungsumfang beträgt je Folgeverordnung 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 30 Monaten in Anspruch genommen werden können.

Rehabilitationssport im Leistungsumfang nach Satz 1 kann nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung erneut in Betracht kommen:

- nach akutem Herz-Kreislaufstillstand,
- nach transmuralem Herzinfarkt,
- nach instabiler Angina pectoris (Non-Stemi-Infarkt),
- nach Bypassoperation,
- nach Herztransplantation und
- bei Zustand nach ICD (Implantierbarer Kardioverterdefibrillator).

Näheres ist in den Empfehlungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) vom 24. Juli 2003 geregelt. Hinsichtlich der Besonderheiten des Rehabilitationssports mit herzkranken Kindern ist das DGPR-Positionspapier „Die Kinderherzgruppe (KHG)“ vom Oktober 2005 zu beachten.

4.4.3 Funktionstraining:

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Funktionstrainings 12 Monate. Bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch chronisch bzw. chronisch progredient verlaufende entzündlich rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Psoriasis-Arthritis), schwere Polyarthrosen, Kollagenosen, Fibromyalgie-Syndrome und Osteoporose beträgt der Leistungsumfang 24 Monate.

4.4.4 Eine längere Leistungsdauer ist nur möglich, wenn die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung wegen geistiger oder psychischer Krankheiten/Behinderungen, die selbstgesteuerte Aktivitäten zur Durchführung des Übungsprogramms nicht ermöglichen, nicht oder noch nicht gegeben ist. In diesen Fällen erfolgen die Erst- bzw. ggf. weitere notwendige Folgeverordnung(en) bei Rehabilitationssport für 120 Übungseinheiten in 36 Monaten, in Herzgruppen für 90 Übungseinheiten in 30 Monaten, bei Funktionstraining für 24 Monate.

4.5 Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung sind nicht Übungen ohne medizinische Notwendigkeit, die lediglich der Erzielung oder Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen dienen (z.B. freies Schwimmen an so genannten Warmbadetagen).

7 Ejektionsfraktion (Herzauswurfleistung)

- 4.6 *Rehabilitationssport ist kein Leistungssport. Das schließt Leistungsvergleiche unter Teilnehmern/-innen an einer Übungsveranstaltung nicht aus.*
- 4.7 *Vom Rehabilitationssport und Funktionstraining ausgeschlossen sind Maßnahmen, die vorrangig oder ausschließlich:*
- *auf Beratung und Einübung von Hilfsmitteln abzielen (z.B. Rollstuhlkurse),*
 - *Übungen an technischen Geräten, z.B. Sequenztrainingsgeräten, beinhalten,*
 - *Selbstverteidigungsübungen und Übungen aus dem Kampfsportbereich umfassen.*
- 5 Rehabilitationssportarten**
- 5.1 *Rehabilitationssportarten sind:*
- *Gymnastik,*
 - *Leichtathletik,*
 - *Schwimmen,*
 - *Bewegungsspiele in Gruppen, soweit es sich um Übungen handelt, mit denen das Ziel des Rehabilitationssports erreicht werden kann.*
- Geeignete Übungsinhalte anderer Sportarten können in die Übungsveranstaltungen eingebunden werden (z.B. Elemente aus Judo, Karate, Taekwan-Do, Jiu-Jitsu, Entspannungsübungen). Dies gilt auch für eigenständige Übungsveranstaltungen, z.B. zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen.*
- 5.2 *Die Rehabilitationsträger können weitere Rehabilitationssportarten anerkennen, wenn das Ziel des Rehabilitationssports durch die in Ziffer 5.1 genannten Rehabilitationssportarten nicht erreicht werden kann (z.B. Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl, Sportkegeln für blinde Menschen).*
- 5.3 *Für eine Anerkennung als Rehabilitationssport kommen nicht in Betracht:*
- *Kampfsportarten und Sportarten der Selbstverteidigung (z.B. Boxen, Kickboxen, Ringen, Judo, Karate, Taekwan-Do, Jiu-Jitsu),*
 - *Sportarten, bei denen eine erhöhte Verletzungsgefahr oder ein anderes gesundheitliches Risiko besteht,*
 - *Sportarten, die gemessen an den Kosten für den Rehabilitationssport im Sinne der Ziffer 5.1 einen unverhältnismäßig hohen finanziellen Aufwand erfordern.*
- 6 Funktionstrainingsarten**
- Funktionstrainingsarten sind insbesondere:*
- *Trockengymnastik,*
 - *Wassergymnastik.*
- 7 Durchführung des Rehabilitationssports / Funktionstrainings**
- 7.1 *Die Durchführung des Rehabilitationssports obliegt in der Regel den örtlichen Rehabilitationssportgruppen, die über die Landesbehinderten-Sportverbände dem Deutschen Behinderten-Sportverband (DBS) angehören. Auch andere Organisationen (z.B. die Mitgliedsvereine der Landessportbünde bzw. deren Fachverbände, die Mitglieder der Landesorganisationen der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen – DGPR) können den Rehabilitationssport durchführen.*
- 7.2 *Die Durchführung des Funktionstrainings obliegt in der Regel den örtlichen Arbeitsgemeinschaften, die über die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga angehören. Auch andere Selbsthilfegruppen (z.B. Selbsthilfegruppen des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew) können das Funktionstraining durchführen.*
- 8 Anerkennung und Überprüfung der Rehabilitationssportgruppen**
- 8.1 *Rehabilitationssportgruppen bedürfen der Anerkennung. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien (vgl. Anlage).*
- 8.2 *Die Anerkennung dieser Gruppen erfolgt grundsätzlich durch die Landesverbände des DBS. Bei Herzgruppen wird die Anerkennung auch durch die Landesorganisationen der DGPR ausgesprochen.*
- 8.3 *Die Anerkennung kann auch durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene aller am Rehabilitationssport beteiligten Rehabilitationsträger, Verbände und Institutionen erfolgen.*
- 8.4 *Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen, die nicht Mitglied in einem/r Landesverband/-organisation des DBS bzw. der DGPR sind, erfolgt durch die Rehabilitationsträger bzw. Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene.*
- 8.5 *Die Anerkennung kann durch vertragliche Regelungen auf Dritte übertragen werden.*
- 8.6 *Die Ziffern 8.2 bis 8.4 gelten, sofern nicht ein Rehabilitationsträger sich die Anerkennung vorbehält.*
- 8.7 *Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Rehabilitationssports erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Rehabilitationssportgruppen verantwortlich sind. Ziffer 19.1 ist zu beachten. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger berechtigt, die ordnungsgemäße Durchführung des Rehabilitationssports im Einzelfall zu prüfen.*
- 8.8 *Die anerkannten Gruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu melden.*
- 9 Anerkennung und Überprüfung von Funktionstrainingsgruppen**
- 9.1 *Funktionstrainingsgruppen bedürfen der Anerkennung. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien (vgl. Anlage).*
- 9.2 *Bei Rheuma-Funktionstrainingsgruppen wird die Anerkennung grundsätzlich durch die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga ausgesprochen.*
- 9.3 *Die Anerkennung kann auch durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene aller am Funktionstraining beteiligten Rehabilitationsträger, Verbände und Institutionen erfolgen.*

- 9.4 Die Anerkennung von Funktionstrainingsgruppen, die nicht einem Mitgliedsverband der Deutschen Rheuma-Liga angehören, erfolgt durch die Rehabilitationsträger bzw. durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene.
- 9.5 Die Anerkennung kann durch vertragliche Regelungen auf Dritte übertragen werden.
- 9.6 Die Ziffern 9.2 bis 9.4 gelten, sofern nicht ein Rehabilitationsträger sich die Anerkennung vorbehält.
- 9.7 Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Funktionstrainings erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Funktionstrainingsgruppen verantwortlich sind. Ziffer 19.1 ist zu beachten. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger berechtigt, die ordnungsgemäße Durchführung des Funktionstrainings im Einzelfall zu prüfen.
- 9.8 Die anerkannten Gruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu melden.
- 10 Übungsgruppen für Rehabilitationssport, Dauer der Übungseinheiten**
- 10.1 Beim Rehabilitationssport beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in; geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen.
Bei der Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen bestimmt der/die betreuende Arzt/Ärztin die Teilnehmerzahl, die nicht größer als 20 sein darf.
Sofern Menschen mit Blindheit, Doppelamputation, Hirnverletzung, behinderte Menschen mit schweren Lähmungen oder andere schwerstbehinderte Menschen Rehabilitationssport in spezifischen Übungsgruppen durchführen, sollen diesen nicht mehr als 7 Teilnehmer/-innen angehören.
- 10.2 Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und für Jugendliche sind möglichst altersgerechte Übungsgruppen zu bilden. Die Zahl der Teilnehmer/-innen einer Übungsgruppe für Kinder soll 10, bei schwerstbehinderten Kindern 5 nicht übersteigen. Für Jugendliche gilt hinsichtlich der Gruppengröße Ziffer 10.1 entsprechend. Von den Rehabilitationssportgruppen ist die für die Sicherheit der Kinder und Jugendlichen während ihres Aufenthaltes in der Übungsstätte notwendige zusätzliche Vorsorge zu treffen.
- 10.3 Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 45 Minuten, beim Rehabilitationssport in Herzgruppen mindestens 60 Minuten betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.
- 11 Übungsgruppen für Funktionstraining, Dauer der Übungseinheiten**
- 11.1 Beim Funktionstraining beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmer/-innen je Therapeut/-in/Übungsleiter/-in. Geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen. In Abhängigkeit von Erkrankung und Therapieziel sollen erforderlichenfalls spezielle Übungsgruppen gebildet werden.
- 11.2 Ziffer 10.2 gilt entsprechend.
- 11.3 Trocken- und Wassergymnastik können sich ergänzen; sofern beide Formen medizinisch erforderlich sind, sollen sie an jeweils verschiedenen Wochentagen stattfinden.
- 11.4 Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 30 Minuten bei Trockengymnastik bzw. grundsätzlich mindestens 15 Minuten bei Wassergymnastik betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.
- 12 Ärztliche Betreuung / Überwachung des Rehabilitationssports**
- 12.1 Grundsätzlich erfolgen die ärztliche Betreuung und Überwachung des einzelnen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen auch im Hinblick auf den Rehabilitationssport durch den behandelnden/verordnenden Arzt/die behandelnde/verordnende Ärztin. Die Betreuung der Rehabilitationssportgruppen erfolgt durch einen Arzt/eine Ärztin, der/die die Teilnehmer/-innen und die/den Übungsleiter/-in bei Bedarf während der Übungsveranstaltung berät. Dieser Arzt/diese Ärztin informiert die/den behandelnde/n / verordnende/n Arzt/Ärztin über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports, sofern dies für die Verordnung / Behandlung von Bedeutung ist.
- 12.2 Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen ist die ständige, persönliche Anwesenheit eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin während der Übungsveranstaltungen erforderlich. Mit der ärztlichen Betreuung und Überwachung des Rehabilitationssports in Herzgruppen sind auf dem Gebiet des Rehabilitationssports erfahrene Ärzte/Ärztinnen zu beauftragen. Ihre Aufgabe ist es,
- auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde die auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abgestimmten Übungen festzulegen,
 - zu Beginn jeder Übungsveranstaltung ist die Belastbarkeit durch Befragung festzustellen und zu berücksichtigen; ggf. sind dem/der Übungsleiter/-in entsprechende Anweisungen zu erteilen,
 - während der Übungen die Teilnehmer/-innen zu überwachen,
 - den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zu beraten.
- Die Belastungsvorgaben einschließlich der Befunde sowie besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. sind schriftlich zu dokumentieren.
Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten zusätzlich die mit den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger abgestimmten Richtlinien der DGPR.
- 13 Leitung des Rehabilitationssports**
- 13.1 Beim Rehabilitationssport müssen die Übungen von Übungsleitern/-innen geleitet werden, die aufgrund eines besonderen Qualifikationsnachweises -z.B. Fachübungsleiter/-in „Rehabilitationssport“ nach den Ausbildungsrichtlinien des DBS bzw. nach den Rahmen-Richtlinien für die Ausbildung im Bereich des Deutschen Olympischen Sportbundes – die Gewähr für eine fachkundige Anleitung und Überwachung der Gruppen bieten.

- 13.2 Die für den Rehabilitationssport mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Übungsleiter/-innen müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologischpädagogischen Fähigkeiten besitzen.
- 13.3 Eigenständige Übungsveranstaltungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen müssen von Übungsleiterinnen geleitet werden.
- 14 Leitung des Funktionstrainings**
- 14.1 Beim Funktionstraining kommen für die Leitung der Trainingsgruppen vor allem Physiotherapeuten/-innen / Krankengymnasten/-innen mit speziellen Erfahrungen und spezieller Fortbildung für den Bereich der rheumatischen Erkrankungen / Osteoporose einschließlich Wassergymnastik und Atemgymnastik und mit Kenntnissen und Erfahrungen in der psychischen und pädagogischen Führung in Betracht. Sie müssen in der Lage sein, die Leistungsfähigkeit und die darauf abzustimmenden Übungen für den/die einzelnen Patienten/-in einzuschätzen.
- 14.2 Die Leitung der Funktionstrainingsgruppen kann auch von anderen qualifizierten Therapeuten/-innen (z.B. Diplomsporthelehrer/-innen, Masseur/-innen und Medizinische Bademeister/-innen) mit einer von den Rehabilitationsträgern anerkannten Fort-/Zusatzausbildung für das Funktionstraining wahrgenommen werden.
- 14.3 Die erforderliche ergotherapeutische Betreuung soll, insbesondere auch im Hinblick auf die Beratung über Ausstattung und Einübung im Gebrauch von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens, gewährleistet sein. Zu beachten ist Ziffer 3.4.
- 14.4 Die für Funktionstraining mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Therapeuten/ -innen müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologischpädagogischen Fähigkeiten besitzen.
- 15 Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining**
- 15.1 Rehabilitationssport und Funktionstraining werden bei Bedarf von dem behandelnden Arzt/der Ärztin verordnet. Für die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte kann Rehabilitationssport und Funktionstraining auch durch den Arzt/die Ärztin der Rehabilitationseinrichtung verordnet werden. Ziffer 1.2 ist zu beachten.
- 15.2 Die Verordnung muss enthalten:
1. die Diagnose nach ICD 10, ggf. die Nebendiagnosen, soweit sie Berücksichtigung finden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit haben,
 2. die Gründe und Ziele, weshalb Rehabilitationssport / Funktionstraining erforderlich ist; dazu sind auch Angaben über die vorliegenden Funktionseinschränkungen und zur psychischen und physischen Belastbarkeit zu machen,
 3. die Dauer des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings,
 4. eine Empfehlung für die Auswahl der für die Behinderung geeigneten Rehabilitationssportart bzw. Funktionstrainingsart, bei Herzgruppen die Empfehlung zur Übungs- oder Trainingsgruppe sowie Empfehlungen für besondere Inhalte des Rehabilitationssports, z.B. Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen.
- 15.3 Die einzelne Verordnung erstreckt sich im Allgemeinen auf bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche; sie gilt nur für den vom verordnenden Arzt/von der verordnenden Ärztin für notwendig erachteten Zeitraum, für die gesetzliche Krankenversicherung längstens für den in Ziffer 4.4.1 bis 4.4.4 genannten Zeitraum, für die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte längstens für den in Ziffer 4.2 genannten Zeitraum.
- 15.4 Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining jeweils für ein halbes Jahr auszustellen. In Ausnahmefällen kann dieser Zeitraum bis zu einem Jahr betragen.
- 15.5 Die Ziffern 15.2 bis 15.4 gelten auch für eine Folgeverordnung.
- 15.6 Die Verordnung von Rehabilitationssport ausschließlich wegen mangelnden Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen ist nicht indiziert.
- 16 Bewilligung, Übertragung, Auswahl der Rehabilitationssportgruppe / Funktionstrainingsgruppe**
- 16.1 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind vor dem Beginn durch den Rehabilitationsträger zu bewilligen. Dies gilt auch für Folgeverordnungen.
- 16.2 Nimmt ein behinderter oder von Behinderung bedrohter Mensch an den ihm für einen bestimmten Zeitraum bewilligten Übungsveranstaltungen nicht teil, ist eine Übertragung auf einen späteren Zeitraum grundsätzlich nicht zulässig.
- 16.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind in der Regel in der Rehabilitationssportgruppe / Funktionstrainingsgruppe durchzuführen, die dem Wohn- oder Arbeitsort des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen am nächsten gelegen ist, es sei denn, dass bei dieser Rehabilitationssportgruppe / Funktionstrainingsgruppe die ärztlich verordneten Übungen nicht durchgeführt werden oder der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch aus sonstigen Gründen diese Rehabilitationssportgruppe / Funktionstrainingsgruppe nicht in Anspruch nehmen kann. Seinen berechtigten Wünschen ist zu entsprechen. Hierbei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.
- 17 Kostenregelung**
- 17.1 Die Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining wird in der Regel zwischen den Bundes- / Landesorganisationen der Träger von Rehabilitationssportgruppen / Funktionstrainingsgruppen und den Rehabilitationsträgern vertraglich geregelt. Die Vergütungen können pauschaliert werden.
- 17.2 Die Träger der Rehabilitationssportgruppen bzw. Funktionstrainingsgruppen haben eine pauschale Unfallversicherung für die Teilnehmer/-innen an den Übungsveranstaltungen abzuschließen, sofern nicht bereits eine Sportversicherung besteht.
- 17.3 Die Rehabilitationsträger übernehmen für die persönliche Sportbekleidung und -ausrüstung (z.B. Trainingsanzug, Sporthemd, Sporthose, Sportschuhe, Badebekleidung, Schläger) keine Kosten. Die für die Durchführung im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel sowie deren für die Ausübung des Rehabilitationssports/des Funktionstrainings notwendige Anpassung werden nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen erbracht. Die für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining notwendigen Sport-/ Trainingsgeräte sind von der Rehabilitationssportgruppe / der Funktionstrainingsgruppe zu stellen. Die Kosten ihrer Anschaffung oder Benutzung werden durch die für die Übungsveranstaltungen zu zahlende Vergütung nach Ziffer 17.1 abgegolten.

- 17.4 Die Rehabilitationsträger begrüßen eine Mitgliedschaft in den Rehabilitationssportgruppen bzw. Funktionstrainingsgruppen auf freiwilliger Basis, um die eigenverantwortliche Durchführung des Bewegungstrainings zu fördern und nachhaltig zu sichern. Eine Mitgliedschaft in der Gruppe, Selbsthilfegruppe oder im Verein ist jedoch für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining für die Dauer der Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers nicht verpflichtend.
- 17.5 Es ist nicht zulässig, neben der Vergütung des Rehabilitationsträgers für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen etc. von den Teilnehmer/-innen zu fordern.
Mitgliedsbeiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft sind möglich.
- 18 Abrechnungsverfahren**
- 18.1 Die Abrechnung für die Teilnahme an den Übungsveranstaltungen erfolgt grundsätzlich zwischen dem Rehabilitationsträger und dem Träger der Rehabilitationssportgruppe / Funktionstrainingsgruppe. Die Abrechnung durch von den Leistungserbringern beauftragte Dritte ist möglich (z.B. im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V).
- 18.2 Der Teilnahmenachweis hat durch Unterschrift des/der Teilnehmers/-in für jede Übungsveranstaltung zu erfolgen. Abweichungen hiervon können vertraglich geregelt oder im Einzelfall mit dem Rehabilitationsträger abgesprochen werden.
- 19 Qualitätssicherung**
- 19.1 Die Rehabilitationssportgruppen / Funktionstrainingsgruppen sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistung verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- 19.2 Für die Rehabilitationssportgruppen / Funktionstrainingsgruppen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen. Näheres wird in den Verträgen nach Ziffer 17.1 zwischen den Beteiligten geregelt.
- 20 In-Kraft-Treten**
- 20.1 Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01. Januar 2007 in Kraft. Mit In-Kraft-Treten wird die „Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Fassung vom 01. Oktober 2003“ außer Kraft gesetzt.
- 20.2 Alle vor dem 01. Januar 2007 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining behalten ihre Gültigkeit.
- 20.3 Für alle ab 01. Januar 2007 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining gilt die vorliegende Rahmenvereinbarung. Sofern Rehabilitationssport und Funktionstraining zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2006 bereits in Anspruch genommen wurden, sind die Voraussetzungen für eine Folgeverordnung (vgl. Ziffern 4.4.2, 4.4.4 und 15.5) zu beachten.
- 20.4 Die Partner der Rahmenvereinbarung werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen prüfen, ob die Rahmenvereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen, insbesondere im Rahmen der Anwendung der ICF, verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss.
- 20.5 Die Rahmenvereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem Jahr, frühestens zum 31. Dezember 2009, schriftlich gegenüber den Vereinbarungspartnern gekündigt werden.
- 20.6 Bei Kündigung eines Vereinbarungspartners bleibt die Rahmenvereinbarung für die anderen Vereinbarungspartner unverändert bestehen.

**Anlage zur Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport / Funktionstraining
Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen / Funktionstrainingsgruppen**

1. Allgemeine Angaben

- Name, Anschrift des Trägers der Gruppe
- Ansprechpartner/-in der Gruppe (Name, Anschrift, Telefon)
- Institutionskennzeichen
- In welchem übergeordneten Verband / Organisation ist der Träger der Gruppe Mitglied?
- Anerkennung der Gruppe beantragt am ab
- Angabe der Rehabilitationssportart / Funktionstrainingsart – anerkannt? Ab wann?
- Ort, Zeit und Dauer der Übungsveranstaltung
- Werden Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen angeboten / durchgeführt? Wenn ja, in welcher Form? (Vorlage eines Konzeptes)

2. Angaben zu personellen Voraussetzungen

- Name, Anschrift der/s Übungsleiters/-in / Therapeuten/-in
- Nachweis der Qualifikation, Fort- bzw. Zusatzausbildung, gültige Übungsleiterlizenz
- Gültig bis; ausgestellt am/ durch
- Ist Zusatzausbildung anerkannt? (Curriculum?) Durch wen?

3. Angaben zu räumlichen Voraussetzungen / Ausstattung der Übungsstätten

- Größe der Übungsstätte
- Bei Warmwassertraining: Größe des Therapiebeckens und Wasserwärme
- Geräteausstattung, ggf. Sonderausstattung, spezielle Geräte oder Hilfsmittel
- Barrierefreiheit?

4. Gruppengröße / Zusammensetzung der Gruppen

- *Gruppengröße? (maximal 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in / Therapeut/-in, bei Rehabilitationssport in Herzgruppen maximal 20 Teilnehmer/-innen)*
- *Gruppengröße bei Kindergruppen? (maximal 10 Kinder, bei schwerstbehinderten Kindern maximal 5 Kinder je Übungsleiter/-in)*
- *Gruppengröße bei schwerstbehinderten Menschen? (maximal 7 Personen je Übungsleiter/-in)*
- *ggf. besondere Voraussetzungen*
- 5. *Angaben zum Unfallversicherungsschutz*
 - *Ist eine Unfallversicherung abgeschlossen? (Die Vorlage des Versicherungsscheins bzw. der Nachweis einer Sportversicherung ist notwendig)*
- 6. **Angaben zur ärztlichen Betreuung / Überwachung in Herzgruppen**
 - *Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen ständig anwesend zu sein (Name, Anschrift – schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub/Krankheit?*
 - *Wird zu Beginn der Übungsveranstaltung eine Kurzanamnese (Medikamentenveränderung, Befindlichkeitsveränderung, ungewöhnliche Belastungen in Familie oder Beruf, Erkrankungen, insbesondere Infektionen) durchgeführt und Besonderheiten dokumentiert?*
 - *Werden Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung abgefragt?*
 - *Ist ein netzunabhängiger, tragbarer Defibrillator vorhanden? Letzte Kontrolle?*
 - *Ist ein Notfallkoffer vorhanden?*
- 7. **Angaben zur ärztlichen Betreuung / Überwachung in Rehabilitationssportgruppen**
 - *Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen bei Bedarf für Beratungen der Teilnehmer/-innen und der Übungsleiter/-innen zur Verfügung zu stehen (Name, Anschrift – schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub / Krankheit?*
- 8. **Angaben zur Notfallversorgung**
 - *Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen Notdienst bzw. den notärztlichen Rettungsdienst (Notarzt/Notärztin) telefonisch zu erreichen (Telefon, Handy)?*
 - *Nächst erreichbare/r Arzt/Ärztin?*
 - *Nächstes Krankenhaus?*
- 9. **Dokumentation**
 - *Wird eine Teilnehmerliste geführt? Wo kann diese eingesehen werden?*
 - *Dokumentation der Übungsveranstaltungen (z.B. besondere Vorkommnisse)*

§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

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

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind und
3. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1 Nr. 4 erzielt werden kann.

Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.

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

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

Zu § 36

Zu Absatz 1

Die Beihilfefähigkeit einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort oder einer stationären Rehabilitation in den genannten Fällen ist grundsätzlich vor Antritt anzuerkennen. Die Festsetzungsstelle entscheidet, ob ein begründeter Einzelfall im Sinne von Absatz 1 Satz 4 vorliegt, der die nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Maßnahme rechtfertigt.

Die Aufwendungen des für das Anerkennungsverfahren einzuholenden Gutachtens sind durch die Festsetzungsstelle zu tragen.

Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1, 2 und 4 nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach den Abschnitten 1 und 2 unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

Zu Absatz 2 (bleibt frei)

Zu Absatz 3

Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Beihilfeberechtigte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind und deren stationäre Rehabilitation nicht in der Europäischen Union durchgeführt werden kann, sind auch in einer Einrichtung außerhalb der Europäischen Union beihilfefähig. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Einrichtung nach der Erklärung einer von der Festsetzungsstelle beauftragten Ärztin oder eines von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme geeignet ist. Die Entscheidung über die Eignung trifft die Festsetzungsstelle. Das gilt auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen der Beihilfeberechtigten nach Satz 1.

Nummer 36.1.1 gilt auch für Rehabilitationsmaßnahmen der Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind, und deren berücksichtigungsfähige Angehörige. Das Erfordernis, dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen, ermöglicht oder erleichtert die Beurteilung der Eignung der Einrichtung zur Erreichung des Rehabilitationsziels. Werden die Unterlagen – gegebenenfalls auf Nachfrage – nicht vorgelegt, ermittelt die Festsetzungsstelle Nachteile, die sich aus der mangelnden Mitwirkung ergeben (z. B. durch die zeitliche Verzögerung des Anerkennungsverfahrens), gehen zu Lasten der oder des Beihilfeberechtigten.

Aufwendungen für Reisekosten vom ausländischen Dienstort zum Ort der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in der Europäischen Union und zurück sind nur dann beihilfefähig, wenn die Reise zur Rehabilitationsmaßnahme und zurück nicht mit einer amtlich bezahlten Reise verbunden werden konnte. Amtlich bezahlte Reisen in diesem Zusammenhang sind z. B. Reisen anlässlich eines Heimaturlaubs oder Dienstreisen. Die Regelung konkretisiert für diese Fallgestaltung den Grundsatz aus § 6 Abs. 1 Satz 1, dass nur notwendige Aufwendungen beihilfefähig sind. Wird die Rehabilitationsmaßnahme in der Europäischen Union im Rahmen einer amtlich bezahlten Reise ins Inland durchgeführt, sind die beihilfefähigen Reisekosten zwischen dem Aufenthaltsort während des Heimaturlaubs oder der Dienstreise und dem Ort der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 2 auf 200 Euro begrenzt.

Die Begrenzung der beihilfefähigen Reisekosten nach § 35 Abs. 2 auf 200 Euro ist nicht anzuwenden bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Für diesen Personenkreis ist der besondere Bemessungssatz nach § 47 Abs. 5 zu beachten (Erhöhung des Bemessungssatzes auf 100 Prozent der 200 Euro übersteigenden Aufwendungen für Fahrtkosten zu Rehabilitationsmaßnahmen).

Kapitel 3 Aufwendungen in Pflegefällen

§ 37 Grundsatz

Pflegebedürftige im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind.

Zu § 37 (bleibt frei)

§ 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege

(1) Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe sind in Höhe der in § 36 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig, soweit sie die in § 14 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Verrichtungen zur Sicherstellung der Grundpflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung betreffen und für geeignete Pflegekräfte entstehen, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Ausgenommen sind dabei Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1, soweit sie nach § 27 beihilfefähig sind. § 36 Abs. 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 kann auch eine Pauschalbeihilfe gewährt werden, soweit die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die getätigten Aufwendungen im Rahmen der Pauschalbeihilfe zur Hälfte berücksichtigt. Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, soweit Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes berühren die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. Darüber hinaus sind Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(3) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gewährt wird.

(4) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern.

(5) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind nur beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für die notwendige Beförderung der oder des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. § 41 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Die beihilfefähigen Aufwendungen dürfen insgesamt je Kalendermonat den in § 36 Abs. 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrag nicht übersteigen. Wird Beihilfe nach Satz 1 neben Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend.

(6) Bei Verhinderung der Pflegeperson und bei Kurzzeitpflege gelten die §§ 39 und 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(7) Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen. § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Wird der Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Werden die Voraussetzungen nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erst im Laufe eines Kalenderjahres erfüllt, ist der Höchstbetrag nur anteilig anzuerkennen.

(8) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Abs. 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Abs. 3 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(9) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen nach § 40 Abs. 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der oder des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist der Aufwendungsbetrag dem Grunde nach beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird.

Zu § 38 (bleibt frei)

§ 39 Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Beihilfefähig sind Aufwendungen

1. pflegebedingter Art,
2. für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt wird, und

3. für soziale Betreuung.

§ 43 Abs. 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung, die nicht nach § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen ist, sind beihilfefähig, wenn die Pflegeeinrichtung mit einer solchen nach § 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar ist.

(3) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten, jedoch nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, sind beihilfefähig, wenn sie den Eigenanteil der Einnahmen nach Satz 2 übersteigen. Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einnahmen bis zur Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 nach Anlage I des Bundesbesoldungsgesetzes
 - a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen
30 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen
25 Prozent der Einnahmen,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höheren Einnahmen
 - a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen
40 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen
35 Prozent der Einnahmen und
3. bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege der oder des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen
70 Prozent der Einnahmen.

Einnahmen im Sinne der Sätze 1 und 2 sind die Dienst- und Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften sowie der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der oder des Beihilfeberechtigten und der Ehegattin oder des Ehegatten einschließlich deren oder dessen laufender Einkünfte. Die Dienstbezüge sind die in § 1 Abs. 2 Nr. 1 und 3 des Bundesbesoldungsgesetzes genannten (mit Ausnahme des kinderbezogenen Familienzuschlags) und der Altersteilzeitzuschlag. Die Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 des Beamtenversorgungsgesetzes genannten Bruttobezüge mit Ausnahme des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 Satz 2 des Beamtenversorgungsgesetzes, soweit nicht nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen. Der Unfallausgleich nach § 35 des Beamtenversorgungsgesetzes, die Unfallentschädigung nach § 43 des Beamtenversorgungsgesetzes und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberücksichtigt. Der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.

(4) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen. § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Zu § 39 (bleibt frei)

§ 40 Palliativversorgung

(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht möglich ist.

Zu § 40

Zu Absatz 1

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

Die Aufwendungen der ambulanten Palliativversorgung sind bis zur Höhe entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V beihilfefähig. Dabei ist es ausreichend, wenn der Leistungserbringer dies bestätigt. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren.

Auf Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in stationären Pflegeeinrichtungen ist Nummer 40.1.1 entsprechend anzuwenden

Zu Absatz 2

Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, d.h. leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben.

In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn aufgrund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist. In diesem Fall bestimmt sich die beihilfefähige „angemessene Vergütung“ an dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung ihrem Zuschuss zugrunde gelegt hat. Zur Ermittlung dieses Betrages reicht die Bestätigung der Einrichtung über die Höhe der der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Vergütung.

Kapitel 4 Aufwendungen in anderen Fällen

§ 41

Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich sind beihilfefähig. Die §§ 20d, 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 001, 007, 200, 405 und 406 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte sowie für die Erhebung des Parodontalen Screening Index.

(3) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, die nicht nach anderen Vorschriften dieser Verordnung beihilfefähig sind, in Verwaltungsvorschriften für diejenigen Fälle ausnahmsweise zulassen, in denen die Gewährung von Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist.

(4) Das Bundesministerium des Innern kann sich im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen in Einzelfällen einmalig oder laufend an den Kosten für allgemeine, nicht individualisierbare Maßnahmen zur Früherkennung und Vorsorge durch pauschale Zahlungen beteiligen.

(5) § 31 Abs. 5 in Verbindung mit § 49 Abs. 5 Nr. 3 gilt entsprechend.

Zu § 41

Zu Absatz 1

Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. *bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,*
2. *bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr die Aufwendungen für eine Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),*
3. *bei Frauen ab dem Alter von 20 Jahren jährlich die Aufwendungen der Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, zusätzlich ab dem Alter von 30 Jahren jährlich der Brust, zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren zeitlich eingeschränkt des Rektums und des Dickdarms sowie zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres alle zwei Jahre Mammographie-Screening und bei Männern ab dem Alter von 45 Jahren jährlich die Aufwendungen der Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata, des äußeren Genitales sowie zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren zeitlich eingeschränkt des Rektums und des übrigen Dickdarms sowie für Frauen und Männer ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre eine Untersuchung der Haut auf Hautkrebs,*
4. *bei Frauen und Männern vom 35. Lebensjahr an die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus,*
5. *Schutzimpfungen.*

Die genauen zeitlichen Untersuchungsabstände sowie der Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die in Satz 1 genannten Untersuchungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge richten sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. *über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (BAnz Nr. 214 vom 11. November 1976, Beilage Nr. 28), zuletzt geändert am 19. Juni 2008, BAnz S. 3484, in Kraft getreten am 1. Januar 2009*
2. *zur Jugendgesundheitsuntersuchung vom 26. Juni 1998 (BAnz Nr. 159 vom 27. August 1998), in Kraft getreten am 28. August 1998, zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz S. 3236), in Kraft getreten am 4. September 2008.*
3. *über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 19. Juni 2008, BAnz S. 3236, in Kraft getreten am 4. September 2008.*
4. *über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“), in der Fassung vom 24. August 1989 (veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29. September 1989), zuletzt geändert am 19. Juni 2008, BAnz S. 3236, in Kraft getreten am 4. September 2008*
5. *über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SiR) in der Fassung vom 21 Juni 2007 / 18. Oktober 2007, BAnz S. 8154, zuletzt geändert am 13. März 2008, BAnz S. 2073, in Kraft getreten am 1. Juli 2008.*

Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und von Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden und über den Leistungsumfang der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hinausgehen, können nicht als Vorsorgemaßnahmen anerkannt werden. Es bleibt zu prüfen, ob es sich um eine Diagnose oder eine medizinisch notwendige Behandlung handelt.

Zu Absatz 2

Der Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge richten sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über

1. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) in der Fassung vom 04. Juni 2003, BAnz S. 24966 vom 3. Dezember 2003, in Kraft getreten am 1. Januar 2004
2. die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung nach § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V), in der Fassung vom 4. Juni 2003, BAnz 2003, S: 24966, zuletzt geändert am 8. Dezember 2004, BAnz 2005, S. 4094, in Kraft getreten am 1. Januar 2005.

Beihilfefähig sind zahnärztliche Früherkennungsmaßnahmen zwischen dem dritten und dem sechsten Lebensjahr insgesamt drei Zahnuntersuchungen in einem Abstand von mindestens zwölf Monaten. Bei Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren sind bis zum 18. Geburtstag einmal in jedem Kalenderhalbjahr zur Verhütung von Zahn- und Parodontalerkrankungen Kontrolluntersuchungen beihilfefähig. Der zeitliche Abstand der Kontrolluntersuchungen beträgt mindestens vier Monate.

Beihilfefähig sind im Rahmen der individualprophylaktischen Maßnahmen die Aufwendungen für die Untersuchung auf Zahn- und Kiefererkrankungen, die Erhebung des Mundhygienestatus, des Zustandes des Zahnfleisches, für Hinweise auf eine zahngesunde Ernährung oder die Behandlung mit lokaler Fluoridierung. Besteht nach einer Bescheinigung der Zahnärztin oder des Zahnarztes ein hohes Kariesrisiko, dann sind die Aufwendungen für die Behandlung mit lokaler Fluoridierung bis zum 18. Geburtstag zweimal je Kalenderhalbjahr beihilfefähig.

Nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind die Aufwendungen für die jährliche Untersuchung auf Zahn- und Kiefererkrankungen, die Erhebung des Mundhygienestatus, des Zustandes des Zahnfleisches und für Hinweise auf eine zahngesunde Ernährung beihilfefähig.

Zu Absatz 3

Vom BMI ausnahmsweise zugelassene Maßnahmen sind im Anhang 8 aufgeführt.

Zu Absatz 4

Von dieser Vorschrift sind ausschließlich pauschale Beteiligungen der Beihilfe an Früherkennungs- und Vorsorgeprogrammen betroffen. Individuelle Ansprüche von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen ergeben sich nicht aus dieser Vorschrift.

Zu Absatz 5

Für Beihilfeberechtigte mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen fallen Eigenbehalte auch für die erforderlichen Fahrtkosten zu Vorsorgemaßnahmen nicht an.

Anhang 8 (VwV zu § 41 Abs. 3 BBhV)

Vom BMI ausnahmsweise zugelassene Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen

1. Gen-Test bei erhöhtem Krebsrisiko für erblich belastete Frauen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko

Entstandene Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung werden mit nachstehenden Pauschalen beihilfefähig anerkannt, wenn diese Untersuchungen in den aufgeführten Zentren durchgeführt wurden.

1 Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

Einmalige Pauschale in Höhe von **700 Euro** pro Familie. Diese umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus beinhaltet die Pauschale auch die mögliche Beratung weiterer Familienmitglieder.

2 Genanalyse

Pauschale in Höhe von **5900 Euro** für einen Indexfall (an Brust- und/oder Eierstockkrebs Erkrankte) und **360 Euro**, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine gesunde Frau handelt und diese nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird.

Die Genanalyse wird bei den Indexfällen durchgeführt. Dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Frau zugerechnet werden. Dagegen werden die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden Genanalyse der Indexpatientin der gesunden Ratsuchenden zugerechnet. Ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexpatientin mehr ableiten lässt, die Genanalyse also keinen diagnostischen Charakter hat. Eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zu attestieren.

3 Früherkennungsmaßnahmen

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

Zentren

- Charité / Max Dellbrück-Centrum für Molekulare Medizin Berlin
- Universität Düsseldorf

- Universität Dresden
- Medizinische Hochschule Hannover
- Universität Heidelberg
- Universität Kiel
- Universität Köln
- Universität Leipzig
- Universität München
- Universität Münster
- Universität Ulm
- Universität Würzburg

2. Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz

§ 42 Schwangerschaft und Geburt

(1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind neben den Leistungen nach Kapitel 2 beihilfefähig Aufwendungen für

1. die Schwangerschaftsüberwachung,
2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger,
3. von Hebammen geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. § 27 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind in Geburtsfällen zusätzlich die vor Aufnahme in ein Krankenhaus am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft beihilfefähig. § 32 Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt des Ehegatten, der Eltern oder der Kinder der Schwangeren.

Zu § 42

Allgemein

§ 42 ist auch anzuwenden auf die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Niederkunft einer berücksichtigungsfähigen Tochter der oder des Beihilfeberechtigten.

Zu Absatz 1 Nr. 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 Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 13. März 2008, BAnz S. 2261, in Kraft getreten am 28. Juni 2008, zugrunde gelegt.

Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. In diesem Zusammenhang sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr.2

Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung.

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. Anzuwenden ist jeweils die Verordnung des Bundeslandes, in dem die Leistung erbracht wird.

Zu Absatz 1 Nr. 3

Nach dieser Vorschrift sind die Aufwendungen für von Hebammen oder Entbindungspfleger geleitete Einrichtungen dann beihilfefähig, wenn die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Berufsverbänden der Hebammen und Entbindungspfleger und den Verbänden der von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen einen bindenden Versorgungsvertrag geschlossen haben.

Zu Absatz 1 Nr. 4

Wird die Haus- und Wochenpflege durch den Ehegatten, die Eltern oder die Kinder der Wöchnerin durchgeführt, sind nur beihilfefähig die Fahrtkosten und das nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkommen der die Haus- und Wochenpflege durchführenden Person.

Zu Absatz 2 (bleibt frei)

§ 43

Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind beihilfefähig, soweit deren Inhalt und Ausgestaltung den Grundsätzen nach § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen.

(2) Aufwendungen für eine durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommene Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist.

(3) Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig.

(4) Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen nach den §§ 12, 22, 26, 28, 29, 31 und 32 beihilfefähig. Daneben sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs beihilfefähig.

Zu § 43

Zu Absatz 1

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch wird in Anlehnung an die nach § 27a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V bestimmten medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzung, Art und Umfang der ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der Richtlinie für künstliche Befruchtung (über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung – „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ – in der Fassung vom 14. August 1990, veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1990, Nr. 12, zuletzt geändert am 15. November 2007, BAnz 2008, S. 375, in Kraft getreten am 6. Februar 2008) geregelt.

Durch Nr. 43.1.1 Satz 1 wird insbesondere festgelegt:

Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 Prozent der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie im homologen System (d. h. bei Ehepaaren) durchgeführt werden und hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Kostenerstattung.

Anspruch auf Leistungen der künstlichen Befruchtung besteht nur dann,

- wenn andere Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind,*
- wenn beide Eheleute HIV – negativ sind und bei der Ehefrau ein ausreichender Schutz gegen Röteln besteht und*
- nur für weibliche Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. Für männliche Beihilfeberechtigte oder 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 oder des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. Liegt nur bei einer Person die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.*

Nach Geburt eines Kindes besteht erneut ein Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung, sofern alle weiteren Voraussetzungen gegeben sind. Dies gilt auch, wenn eine sogenannte „klinische Schwangerschaft“ (z. B. Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Außerdem sind Aufwendungen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, wie Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem BMI Aufwendungen der Kryokonservierung von Samenzellen als beihilfefähig anerkannt werden. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind ebenfalls nicht beihilfefähig.

Behandlungsmethoden, Begrenzung der Versuchszahlen und Indikationen:

- a) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Ovulationstiming ohne Polyvulation (drei oder mehr Follikel);*
max. acht Versuche;
Indikationen: somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,
- b) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel);*
max. drei Versuche;
Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,
- c) In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer);*
max. drei Versuche; (der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat);

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);*

max. zwei Versuche;

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);*

max. drei Versuche; (der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat);

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

Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation als auch zum intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, dürfen die Maßnahmen nur alternativ durchgeführt werden. In-vitro-Fertilisation und Intracytoplasmatische Spermieninjektion dürfen aufgrund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ angewandt werden. Einzige Ausnahme ist die Fallkonstellation eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer In-Vitro-Fertilisation. In diesem Fall kann in maximal zwei darauffolgenden Zyklen die intracytoplasmatische Spermieninjektion zur Anwendung kommen, auch wenn die Voraussetzungen nach 43.1.2.5 e nicht vorliegen. Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sog. Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen.

Bei der In-vitro-Fertilisation gelten die Maßnahmen als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. Bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion gilt die Maßnahme dann als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle(n) erfolgt ist.

Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Ehepartnern erfolgt in enger Anlehnung an Nummer 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung. Das bedeutet, Aufwendungen für Leistungen sind der Person zuzurechnen, bei der die Leistung durchgeführt wird. Hierzu gehören im Rahmen der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegebenenfalls nicht die erforderlichen Leistungen bei der Ehegattin oder dem Ehegatten. Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens (das bedeutet Reifung der Samenzellen, ohne die eine Befruchtung der Eizelle nicht möglich ist) sowie für den HIV-Test beim Ehemann entfallen auf den Ehemann. Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung, nicht nur im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren, sondern auch auf die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau) sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen entfallen auf die Ehefrau. Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die speziellen Risiken) und die gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung entfallen auf den Ehemann.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift konkretisiert die Voraussetzung des § 6 Abs. 1 Satz 1 BBhV, dass grundsätzlich nur Aufwendungen für notwendige Maßnahmen beihilfefähig sind. Nicht beihilfefähig sind danach Sterilisationen, die ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation nur dem Zweck dienen, zukünftige Schwangerschaften zu vermeiden.

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

Zu Absatz 3 (bleibt frei)

Zu Absatz 4

Ist ein Schwangerschaftsabbruch nach ärztlicher Bescheinigung rechtmäßig, dann bedarf es grundsätzlich keiner weitergehenden Prüfung der Rechtmäßigkeit durch die Festsetzungsstelle.

§ 44

Tod der oder des Beihilfeberechtigten

Ist eine Beihilfeberechtigte oder ein Beihilfeberechtigter während einer Dienstreise, einer Abordnung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer oder seiner Hauptwohnung nach § 12 Abs. 2 Satz 2 des Melderechtsrahmengesetzes verstorben, sind die Kosten der Überführung beihilfefähig. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig. Der Bemessungssatz für die Überführungskosten beträgt 100 Prozent.

Zu § 44 (bleibt frei)

§ 45 Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. *Erste Hilfe,*
2. *eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe und*
3. *Organspenderinnen und Organspender, wenn die Empfängerin oder der Empfänger des Organs beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, in entsprechender Anwendung von Kapitel 2. Beihilfefähig ist auch der von der Organspenderin oder dem Organspender nachgewiesene Ausfall von Arbeitseinkünften. Dies gilt auch für Personen, die als Organspenderin oder Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.*

Zu § 45

Zu Nummer 1

Die beihilfefähigen Aufwendungen für Erste Hilfe umfassen den Einsatz von Rettungskräften, Sanitäterinnen, Sanitätern und anderen Personen und die dabei verbrauchten Stoffe (z. B. Medikamente, Heil- und Verbandmittel).

Zu Nummer 2

Die Anwendung dieser Vorschrift kommt insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Betracht.

Nummer 3

Die Aufwendungen für Organspenderinnen und Organspender sind einschließlich der Registrierung als Organspenderin oder Organspender im Rahmen des Kapitels 2 BBhV beihilfefähig, soweit sie bei für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen, wenn die Empfängerin oder der Empfänger beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig ist.

Kapitel 5 Umfang der Beihilfe

§ 46 Bemessung der Beihilfe

(1) Beihilfe wird als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt der Leistungserbringung. In Pflegefällen können, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist, auch Pauschalen gezahlt werden.

(2) Soweit Absatz 3 nichts anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für

1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren Beihilfeberechtigten nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

(4) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent.

Zu § 46

Zu Absatz 1

Ändern sich die für den Bemessungssatz maßgeblichen Verhältnisse während einer laufenden Behandlung, so sind die Aufwendungen aufzuteilen.

Zu Absatz 2

Zu den Waisen im Sinne der Nummer 4 gehören auch Halbweisen, soweit sie Halbweisengeld beziehen.

Zu Absatz 3

Bei mehreren Beihilfeberechtigten wird der Bemessungssatz bei der oder dem Beihilfeberechtigten erhöht, die oder der die familienbezogenen Besoldungsbestandteile für mehr als ein berücksichtigungsfähiges Kind tatsächlich erhält. Die Beihilfeberechtigten bestimmen bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. Eine gesonderte Erklärung der Beihilfeberechtigten ist nicht erforderlich.

Diese Vorschrift ist nach § 58 Abs. 5 erstmals sechs Monate nach dem Inkrafttreten anzuwenden.

Zu Absatz 4

Nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe haben, die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zustehenden Leistungen zur Hälfte. Aus diesem Grund wird auch der Bemessungssatz für Pflegeaufwendungen auf 50 Prozent festgelegt. Dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

§ 47**Abweichender Bemessungssatz**

- (1) Die oberste Dienstbehörde oder eine von ihr bestimmte Behörde kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes den Bemessungssatz für Aufwendungen anlässlich einer Dienstbeschädigung angemessen erhöhen, soweit nicht bereits Ansprüche nach dem Beamtenversorgungsgesetz bestehen.
- (2) Den Bemessungssatz von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit geringen Gesamteinkünften kann die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern für höchstens zwei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent der Gesamteinkünfte übersteigt. Die geringen Einkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Ehegattin oder den berücksichtigungsfähigen Ehegatten ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 46 ergeben würden.
- (3) Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz in weiteren besonderen Ausnahmefällen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes zwingend geboten ist. Hierbei ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung ausgeschlossen.
- (4) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.
- (5) Der Bemessungssatz erhöht sich für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in den Fällen nach § 31 Abs. 5 und § 41 Abs. 5 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen für die Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungs-, Untersuchungs- oder Entbindungsort, soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Abs. 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.
- (6) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Ansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, die sich nach Anrechnung der Sachleistungen und Erstattungen der Krankenkasse ergeben. Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder Ähnliches von mindestens 21 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird oder die gesetzliche Krankenkasse keine Sachleistung oder Erstattung erbracht hat.
- (7) In Fällen des § 39 Abs. 3 erhöht sich der Bemessungssatz für die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten auf 100 Prozent.
- (8) Für beihilfefähige Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren Beiträge für eine private Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen mit mindestens 41 Euro monatlich bezuschusst werden, ermäßigt sich der Bemessungssatz für die Zuschussempfängerin oder den Zuschussempfänger um 20 Prozentpunkte. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

Zu § 47**Zu Absatz 1 (bleibt frei)****Zu Absatz 2**

Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung muss 15 Prozent des Gesamteinkommens übersteigen. Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 Prozent der Aufwendungen ermöglicht. In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 14,50 Euro täglich einzubeziehen. Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI. Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um maximal 10 Prozent. Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 47 Abs. 2 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen. Nach spätestens zwei Jahren sind die Voraussetzungen auf die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes aufgrund eines erneuten Antrags neu zu prüfen.

Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt.

Zu Absatz 3

Die Erhöhung des Bemessungssatzes kommt in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht, wenn ohne die Erhöhung die Fürsorgepflicht des Dienstherrn verletzt würde.

Zu Absatz 4

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 der oder des Versicherten beiträgt, d. h. zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen 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.

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.

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.

Zu Absatz 5 (bleibt frei)

Zu Absatz 6

Keinen Zuschuss im Sinne von Absatz 6 Satz 2 stellt eine Beitragserstattung nach § 9 Abs. 1 der MuSchEltZV und der Festbetrag nach § 2 Abs. 1 der Begrenzte Dienstfähigkeit Zuschlagsverordnung (BDZV) sowie ein Zuschuss nach § 92 Abs. 5 BBG bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Eine derartige Beitragserstattung oder ein derartiger Zuschlag hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.

Für freiwillig versicherte Beamtinnen und Beamte, die in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind und für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen nach § 14 des SGB V Leistungen aus der Teilkostenerstattung nach § 56 der Satzung der Bundesknappschaft (und damit eine den Prozenttarifen der privaten Krankenversicherung entsprechende Erstattung) erhalten, gelten die Bemessungssätze des § 46 Abs. 2.

Zu Absatz 7

Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten sind beihilfefähig, soweit sie den Eigenanteil nach § 39 Abs. 3 Satz 2 BBhV überschreiten. Der Beihilfebemessungssatz für diese Aufwendungen beträgt 100 Prozent (Nummer 39.3.2).

Zu Absatz 8

Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes der Zuschussempfängerin oder des Zuschussempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. Zuschüsse zur Pflegeversicherung bleiben dabei unberücksichtigt. Keinen Zuschuss im Sinne von Absatz 8 Satz 1 stellt eine Beitragserstattung nach § 9 Abs. 1 MuSchEltZV und der Festbetrag nach § 2 Abs. 1 BDZV sowie ein Zuschuss nach § 92 Abs. 5 BBG dar. Eine derartige Beitragserstattung oder ein derartiger Zuschlag hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.

§ 48

Begrenzung der Beihilfe

Die Beihilfe darf zusammen mit Sachleistungen und Erstattungen, die aus demselben Anlass aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung sowie aufgrund von anderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt werden, die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Zahlungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, und das Sterbegeld nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Beamtenversorgungsgesetzes unberücksichtigt. Die Sachleistungen und Erstattungen sind durch Belege nachzuweisen. Dies gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz.

Zu § 48

Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Kranken- und Pflegeversicherung gegenüberzustellen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den Kapiteln 2 bis 4 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 Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen, deren Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist. Sind zum Beispiel für eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Aufwendungen für eine Sehhilfe nach Nummer 4 der Anlage 5 zur BBhV beihilfefähig, dann zählen die Aufwendungen für eine Sehhilfe nur für diese Person zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, nicht jedoch die Aufwendungen für Sehhilfen der oder des Beihilfeberechtigten oder der weiteren berücksichtigungsfähigen Personen. Die Aufwendungen für Lifestyle-Arzneimittel gehören nicht zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel gehören nur dann zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, wenn sie ausnahmsweise als beihilfefähig anzuerkennen sind.

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 den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.

Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen aufgrund des Versicherungsvertrages nach einem Prozentsatz 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 § 46 errechneten Beihilfe zuzüglich der zustehenden Erstattung aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

§ 49 Eigenbehalte

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um

10 Prozent der Kosten, mindestens um fünf und höchstens um zehn Euro, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten bei

1. Arznei- und Verbandmitteln im Sinne von § 22,
2. Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken,
3. Fahrten mit Ausnahme der Fälle nach § 35 Abs. 2,
4. Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag und
5. Psychotherapie je Kalendertag.

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt der Eigenbehalt 10 Prozent der insgesamt beihilfefähigen Aufwendungen, jedoch höchstens zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf.

(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um zehn Euro je Kalendertag bei

1. vollstationären Krankenhausleistungen nach § 26 und Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Abs. 1 und 2 Satz 1, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und
2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 3.

(3) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei häuslicher Krankenpflege um 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um zehn Euro je Verordnung.

(4) Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von zehn Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigter, Beihilfeberechtigtem, berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder berücksichtigungsfähigem Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von

1. ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen,
2. zahnärztlichen Leistungen und
3. Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern.

(5) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für

1. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, außer Fahrtkosten,
2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
3. ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,
4. Arznei- und Verbandmittel nach § 22, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet wurden,
5. Heil- und Hilfsmittel, soweit vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind, sowie
6. Harn- und Blutteststreifen.

(6) Auf Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind, werden die Eigenbehalte nach den Absätzen 1 bis 4 mit der Maßgabe angewandt, dass die von der privaten Krankenversicherung abgezogenen Selbstbehalte als Eigenbehalte zu berücksichtigen sind.

(7) Das Bundesministerium des Innern kann durch Verwaltungsvorschriften für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die sich besonders gesundheitsbewusst verhalten, indem sie regelmäßig an Vorsorgeprogrammen oder Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten teilnehmen, geringere Eigenbehalte festlegen.

Zu § 49

Zu Absatz 1

Satz 1 findet keine Anwendung für bei ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung verbrauchte Arznei- und Verbandmittel, die als Auslagen abgerechnet werden (vgl. § 10 GOÄ).

Satz 1 gilt auch für Mittel und Medizinprodukte, die nach § 31 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V in die Versorgung mit Arzneimittel einbezogen sind.

Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Nummer 1 ist der Apothekenabgabepreis oder der Festbetrag der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg – auch für Arznei- und Verbandmittel aus Versandapotheken. Gewährte Rabatte von Versandapotheken sind zu berücksichtigen.

Ist aufgrund der Verordnung kein Packungsgrößenkennzeichen oder keine Bezugseinheit bestimmbar (z. B. bei Sondennahrung), bestimmt die Verordnungszeile die Höhe der Eigenbehalte. Das kann dazu führen, dass bei Dauerverordnung (z. B. für enterale Ernährung) ein Eigenbehalt nur einmal erhoben wird.

Bei Aufwendungen für Reparaturen und Betrieb sowie der Unterhaltung von

Hilfsmitteln sind keine Eigenbehalte abzusetzen. Der Eigenbehalt gilt nur bei Anschaffung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln. Bei Miete eines Hilfsmittels ist nur einmalig für die erste Miete ein Eigenbehalt abzusetzen.

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 fünf Euro ist hier nicht anzuwenden.

Die beihilfefähigen Aufwendungen für Fahrtkosten unterliegen grundsätzlich dem Abzug von Eigenbehalten, außer den bereits durch einen Höchstbetrag begrenzten Fahrtkosten nach § 35 Abs. 2.

Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 26 entstehenden Beförderungskosten ist der Abzugsbetrag nach Absatz 1 Nr. 3 nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen. Dies gilt entsprechend bei ambulant durchgeführten Operationen bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen in den jeweiligen Behandlungsfall sowie bei einer ärztlich verordneten – ambulanten – Chemo-/Strahlentherapiesserie.

Zu Absatz 2

Der Abzug bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt erfolgt für die ersten 28 Kalendertage. Der Abzugsbetrag ist dabei sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag zu berücksichtigen. Die Abzugsbeträge sind für jedes Kalenderjahr gesondert zu beachten, dies gilt auch bei durchgehendem stationären Krankenhausaufenthalt über den Jahreswechsel.

Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbetrag

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

Zu Absatz 3

Der Abzugsbetrag in Höhe von zehn Prozent für die Aufwendungen der vorübergehenden häuslichen Krankenpflege (§ 27 BBhV) 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 zehn Euro von den beihilfefähigen Aufwendungen einbehalten.

Zu Absatz 4

Werden in einem Quartal sowohl ärztliche als auch zahnärztliche Leistungen und Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers in Anspruch genommen, ist eine dafür zu gewährende Beihilfe für jede erste Inanspruchnahme einer dieser Leistungserbringerinnen oder eines dieser Leistungserbringer gesondert um jeweils zehn Euro – insgesamt im Quartal also um bis zu 30 Euro – je behandelter Person zu vermindern. Werden Beihilfen zu in einem Quartal gleichzeitig in Anspruch genommenen ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen gewährt, so ist der Eigenbehalt nach Absatz 4 nur einmal für jede behandelte Person abzuziehen. Psychotherapeutische Leistungen gelten im Sinne dieser Vorschrift als ärztliche Leistungen.

Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V (sog. „Praxisgebühr“, z. B. bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, gesetzlich Versicherten) befreien nicht von Eigenbehalten nach § 49 BBhV.

Kieferorthopädische Leistungen sowie Laborleistungen unterliegen ebenfalls dem Abzugsbetrag für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen. Aufwendungen für Leistungen einer Kieferchirurgin oder eines Kieferchirurgen werden den ärztlichen Leistungen zugerechnet.

Die Minderung der Beihilfe um zehn Euro erfolgt unabhängig von der auf diesen Zeitraum entfallenden Summe der Aufwendungen.

Zu Absatz 5

Ärztlich verordnete Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung benötigt werden, unterliegen nicht dem Eigenbehalt nach Absatz 1.

Ergibt sich während der Durchführung von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen nach § 41 die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen, die über den Umfang der Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen nach § 41 hinausgehen, sind für die Durchführung dieser Maßnahmen Eigenbehalte auch dann abzuziehen, wenn sie im Zusammenhang damit stehen.

Der Eigenbehalt nach Absatz 4 ist nicht abzuziehen, wenn Laborärztinnen und Laborärzte eine kurz vor dem Quartalsende entnommene Blut- oder Gewebeprobe erst im folgenden Quartal untersuchen.

Über die in Absatz 5 genannten Fälle hinaus sind Eigenbehalte auch für besonders preisgünstige Arzneimittel nicht abzuziehen (siehe dazu Hinweise zu § 22 Abs. 3).

Zu Absatz 6 (bleibt frei)

Zu Absatz 7

Die Entscheidung über die Ausgestaltung dieser Vorschrift kann erst nach Auswertung der Erfahrungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit dortigen Bonus- und Vorsorgeprogrammen erfolgen.

§ 50 Belastungsgrenzen

(1) Auf Antrag sind Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen oder der Beihilfe für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen, soweit sie die Belastungsgrenze nach Satz 4 überschreiten. Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs folgt. Dabei sind die Beträge nach § 49 Abs. 1 bis 3 nur entsprechend der Höhe des Beihilfemessungssatzes nach § 46 zu berücksichtigen. Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen

1. 2 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Abs. 3 Satz 3 bis 7 sowie
2. für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz. S. 3017), 1 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Abs. 3 Satz 3 bis 7.

(2) Maßgeblich ist das Datum des Entstehens der Aufwendungen. Die Einnahmen der Ehegattin oder des Ehegatten werden nicht berücksichtigt, wenn sie oder er Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Die Einnahmen vermindern sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 Prozent und für jedes berücksichtigungsfähige Kind im Sinne des § 4 Abs. 2 um den Betrag, der sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergibt. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen, ist für die Berechnung der Belastungsgrenze der nach Maßgabe der Regelsatzverordnung zu ermittelnde Regelsatz anzuwenden.

Zu § 50

Zu Absatz 1

Eine Befreiung von Eigenhalten 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, in dem die Aufwendungen entstanden sind. Die Befreiung von Eigenhalten umfasst sowohl die Eigenbehalte der oder des Beihilfeberechtigten als auch ihrer oder seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

Der Begriff einer chronischen Erkrankung bestimmt sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V. Wer künftig chronisch erkrankt (dies gilt für weibliche Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die nach dem 1. April 1987 geboren wurden und für männliche Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die nach dem 1. April 1962 geboren wurden) muss außerdem durch geeignete Unterlagen (z. B. Rechenkopien oder ärztliche Bescheinigungen) nachweisen, dass sie oder er sich vor der Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen hat beraten lassen, die zunächst auf die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs beschränkt sind. Der erforderliche Nachweis bezieht sich nur auf die Durchführung der Beratung. Vorsorgeuntersuchungen selbst müssen daraufhin nicht in Anspruch genommen worden sein. Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfavorschriften berücksichtigungsfähige "chronische Krankheit" vor. Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit schweren psychischen Erkrankungen oder schweren geistigen Behinderungen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zugemutet werden kann sowie Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden. Die oder der Beihilfeberechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (z. B. ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. Auf die alljährliche Einreichung eines Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet werden, wenn es keine Anzeichen für einen Wegfall der chronischen Erkrankung gibt.

Die Beträge der Eigenbehalte nach § 49 Abs. 1 bis 3 sind nur entsprechend der Höhe des Beihilfemessungssatzes nach § 46 zu berücksichtigen, da die oder der Beihilfeberechtigte auch nur mit diesem Betrag belastet ist. Beispiel: Ein Arzneimittel kostet 50 Euro minus 5 Euro Eigenanteil = 45 Euro beihilfefähiger Betrag, bei einem Bemessungssatz von 50 Prozent werden 22,50 Euro Beihilfe ausgezahlt; ohne Eigenanteil würde die oder der Beihilfeberechtigte eine Beihilfe von 25 Euro erhalten; die Differenz von 2,50 Euro entspricht der effektiven Belastung der oder des Beihilfeberechtigten durch den Eigenanteil.

Zu Absatz 2

Bei verheirateten Beihilfeberechtigten, die beide beihilfeberechtigt sind, erfolgt die Minderung des Einkommens um 15 Prozent jeweils für jede Beihilfeberechtigte und jeden Beihilfeberechtigten gesondert. Die Minderung für jedes Kind um den sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag erfolgt bei der oder dem Beihilfeberechtigten, die oder der den Familienzuschlag bezieht.

Zu Absatz 3

Bei Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, ist bei der Berechnung der Belastungsgrenze nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgebend. Dies gilt gleichermaßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb von diesen Einrichtungen.

Kapitel 6 Verfahren und Zuständigkeit

§ 51 Bevollziehungsverfahren

(1) Über die Notwendigkeit und die wirtschaftliche Angemessenheit von Aufwendungen nach § 6 entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu auf eigene Kosten bei Sachverständigen Gutachten einholen. Ist für die Erstellung des Gutachtens die Mitwirkung der oder des Betroffenen nicht erforderlich, sind die nötigen Gesundheitsdaten vor der Übermittlung so zu anonymisieren, dass die Gutachterin oder der

Gutachter einen Personenbezug nicht herstellen kann. Ist für die Begutachtung die Mitwirkung der oder des Betroffenen erforderlich, sind § 60 Abs. 1 Satz 1, § 62 und die §§ 65 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.

(2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall die Gutachten zugrunde zu legen, die für die private oder soziale Pflegeversicherung zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt wurden. Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Pflegeversicherung angehören, und bei Bedarf auch für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige hat die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen zu lassen.

(3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der oder des Beihilfeberechtigten bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Zweitschriften der Belege sind grundsätzlich ausreichend. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen. Absatz 5 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(4) Die Belege über Aufwendungen im Ausland müssen grundsätzlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen. Kann die oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringen, hat die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen festzustellen. Auf Anforderung muss mindestens für eine Bescheinigung des Krankheitsbilds und der erbrachten Leistungen eine Übersetzung vorgelegt werden.

(5) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Die Festsetzungsstelle kann von einer Rücksendung der Belege absehen. In diesen Fällen sind die Belege spätestens sechs Monate nach Unanfechtbarkeit des Beihilfebescheides zu vernichten. Die Beihilfeberechtigten können in begründeten Fällen die Rücksendung der Belege verlangen. Liegen tatsächliche Anhaltspunkte dafür vor, dass ein vorgelegter Beleg unecht ist oder dass ein vorgelegter echter Beleg verfälscht ist, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der oder des Beihilfeberechtigten bei der angegebenen Rechnungsstellerin oder dem angegebenen Rechnungssteller eine Auskunft über die Echtheit des Beleges einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen.

(6) Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Festsetzungsstelle nach vorheriger Anhörung der oder des Beihilfeberechtigten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreterinnen oder Vertreter ohne Zustimmung der oder des Beihilfeberechtigten die Beihilfe selbst beantragen.

(7) Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Die Festsetzungsstelle kann bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung anderer unbilliger Härten Ausnahmen zulassen.

(8) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag der oder des Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen leisten. Sie kann die Beihilfe in Ausnahmefällen im Einverständnis mit der oder dem Beihilfeberechtigten an Dritte auszahlen.

Zu § 51

Zu Absatz 1

Die Festsetzungsstelle ist bei ihren Einzelfallentscheidungen an die BBhV, die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zur BBhV sowie an ergänzende Erlasse der obersten Dienstbehörde gebunden. Soweit Festsetzungsstellen die Beihilfebearbeitung übertragen worden ist, ist die oberste Dienstbehörde die Dienstbehörde des übertragenden Ressorts.

Die Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne nach § 14 Satz 2 und § 15 Abs. 2 gehören nicht zu den Gutachten im Sinne des Absatzes 1, deren Kosten von der Festsetzungsstelle zu tragen sind. Die Aufwendungen für diese Heil- und Kostenpläne sind beihilfefähig.

Die Verpflichtung zur Anonymisierung personenbezogener Daten konkretisiert die Geheimhaltungspflicht nach § 55.

Nach Abs. 1 Satz 4 sind die Beihilfeberechtigten einschließlich der berücksichtigungsfähigen Angehörigen verpflichtet,

- *alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,*
- *Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,*

Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen und

- *sich auf Verlangen der Festsetzungsstelle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, soweit diese für die Entscheidung erforderlich sind.*

Die Mitwirkungspflicht der oder des Betroffenen besteht nicht, soweit

- *ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zur beantragten Leistung steht,*
- *ihre Erfüllung unzumutbar ist,*
- *die Festsetzungsstelle sich durch einen geringeren Aufwand als die oder der Betroffene die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann,*
- *bei Behandlungen und Untersuchungen im Einzelfall*
- *ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,*
- *die Maßnahme mit erheblichen Schmerzen verbunden ist oder einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet.*

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige können in Härtefällen auf Antrag Ersatz ihres notwendigen Aufwandes einschließlich des Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. Notwendig ist der geltend gemachte Aufwand nur dann, wenn die oder der Betroffene alle Möglichkeiten zur Minimierung des Aufwandes nutzt. Dazu gehört im Falle des Verdienstausfalls auch eine Verlegung der Arbeitszeit oder des Termins einer gegebenenfalls erforderlichen Untersuchung oder Begutachtung. Ein Härtefall im Sinne von Nummer 51.1.4 liegt nur dann vor, wenn der Verzicht auf die Erstattung des notwendigen Aufwandes in angemessener Höhe der oder dem Beihilfeberechtigten aus Fürsorgegründen nicht zugemutet werden kann.

Kommt die oder der Betroffene ihren oder seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die Festsetzungsstelle ohne weitere Ermittlungen die Beihilfen, für die ein Anspruch nicht nachgewiesen ist, versagen oder entziehen. Dies gilt entsprechend, wenn die oder der Betroffene in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

Beihilfeberechtigte sind auf die möglichen Folgen mangelnder Mitwirkung vor dem Entzug der Leistungen schriftlich hinzuweisen. Ihnen kann für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht eine angemessene Frist gesetzt werden.

Wird die Mitwirkung nachgeholt, ist die beantragte Beihilfe in Höhe des durch die Mitwirkung nachgewiesenen Anspruchs zu gewähren, soweit die Voraussetzungen für die Gewährung trotz verspäteter Erfüllung der Mitwirkungspflichten weiterhin vorliegen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 Satz 2 kann nach dem 1. Januar 2009 bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit Wohnsitz im Inland grundsätzlich nicht mehr zur Anwendung kommen, da von diesem Zeitpunkt ab im Inland eine allgemeine Krankenversicherungspflicht gilt und für krankenversicherungspflichtige Personen die Mitgliedschaft in der privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung obligatorisch ist. Nach § 10 Abs. 2 hat einen Anspruch auf Beihilfe nur, wer seinen Krankenversicherungsschutz und den Krankenversicherungsschutz seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen nachweist.

Zu Absatz 3

Die BBhV des Bundes verzichtet weitgehend auf bindende Formvorschriften für das Antragsverfahren. Damit wird den Festsetzungsstellen die Möglichkeit gegeben, ein auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmtes Verfahren zu gestalten. Auch die zu verwendenden Antragsformulare können nach den jeweiligen Anforderungen gestaltet werden. Unverzichtbar für die Beihilfearbeitung sind persönliche Angaben zur Identifizierung der oder des Beihilfeberechtigten, Angaben zum Anspruch auf Bezüge und gegebenenfalls familienbezogene Zulagen (für die Prüfung des Beihilfeanspruchs und der Berücksichtigungsfähigkeit) und zu sonstigen Ansprüchen (z. B. aus Krankenversicherungen oder Schadenersatzansprüchen bei Unfällen mit Ersatzpflicht Dritter).

51.3.2 Die Vorschrift ermöglicht die elektronische Beihilfearbeitung einschließlich der elektronischen Belegübermittlung und Bescheidversendung. Aus der Vorschrift ergeben sich jedoch keine unmittelbaren Ansprüche der Beihilfeberechtigten auf eine bestimmte Verfahrensgestaltung. Die Dispositionsfreiheit obliegt der jeweiligen Festsetzungsstelle.

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

51.3.4 Aufwendungen für Halbweisen können mit Zustimmung der Festsetzungsstelle zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbweisen bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung unverändert bestehen. Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 wird durch die gemeinsame Antragstellung nicht begründet.

51.3.5 Beihilfen werden nur zu Aufwendungen gewährt, die während des Bestehens einer Beihilfeberechtigung oder während der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger entstanden sind. Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung oder keine Berücksichtigungsfähigkeit mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt waren.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift dient der Verfahrensvereinfachung von Aufwendungen, die im Ausland entstanden sind. Grundsätzlich obliegt es den Beihilfeberechtigten, prüfbare Belege für Leistungen im In- und Ausland vorzulegen. Soweit der Festsetzungsstelle die Prüfung der Belege ohne weitere Mitwirkung der oder des Beihilfeberechtigten möglich ist, bedarf es keiner weiteren Unterlagen.

Eine Übersetzung im Sinne von Satz 3 unterliegt keinen besonderen Formvorschriften; sie muss nicht amtlich beglaubigt sein. Die Kosten einer erforderlichen Übersetzung sind nicht beihilfefähig. Bei Rechnungsbeträgen in ausländischer Währung ist Nummer 11.1.2 zu beachten.

Zu Absatz 5

Die Vernichtung der Belege umfasst nicht nur die der Beihilfestelle in Papierform vorliegenden Belege, sondern auch die Löschung der gegebenenfalls elektronisch übersandten Belegdateien.

Die Vernichtung der Belege hat so zu erfolgen, dass eine Rekonstruktion der Inhalte nicht möglich ist.

Zu Absatz 6

Die Regelung schafft keinen Beihilfeanspruch; der Beihilfeanspruch steht materiell unverändert der oder dem Beihilfeberechtigten zu. Eine unbillige Härte kann u. a. dann gegeben sein, wenn wegen des Getrenntlebens von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen den berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Beihilfestellung durch die oder den Beihilfeberechtigten nicht zuzumuten ist. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn befürchtet werden muss, dass die oder der Beihilfeberechtigte die Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht oder nicht rechtzeitig beantragt oder die für Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährten Beihilfen nicht zweckentsprechend einsetzt.

Die oder der Beihilfeberechtigte sind vor einer Entscheidung anzuhören.

Zu Absatz 7

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

Zu Vermeidung von Härten kann die Festsetzungsstelle in Einzelfällen Ausnahmen von der Antragsgrenze zulassen. Mit dieser Regelung werden die Festsetzungsstellen in die Lage versetzt, im Rahmen einer Einzelfallprüfung oder für bestimmte Personengruppen festzulegen, ob insbesondere unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht ein Abweichen von der Antragsgrenze angezeigt ist.

Zu Absatz 8

Beihilfeberechtigten können insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden.

In Pflegefällen 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 endgültig festzusetzen.

§ 52 Zuordnung von Aufwendungen

Beihilfefähige Aufwendungen werden

1. für eine Familien- und Haushaltshilfe der jüngsten verbleibenden Person,
2. für eine Begleitperson der oder dem Begleiteten und
3. in Geburtsfällen einschließlich der Aufwendungen des Krankenhauses für das gesunde Neugeborene der Mutter zugeordnet.

Zu § 52

Die Zuordnung der Aufwendungen bestimmt den für die Aufwendungen anzusetzenden Beihilfebemessungssatz.

Nach Nummer 3 sind nur die Aufwendungen für das gesunde Neugeborene der Mutter zugeordnet. Darüber hinausgehende Aufwendungen, die durch eine Erkrankung des Kindes entstehen, sind davon nicht erfasst; diese Aufwendungen sind dem Kind zuzuordnen.

§ 53 Elektronische Gesundheitskarte

Beihilfe zu Aufwendungen für Arzneimittel wird Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die eine elektronische Gesundheitskarte nach § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten haben, nur gewährt, wenn die elektronische Gesundheitskarte beim Kauf der Arzneimittel eingesetzt wurde.

Zu § 53

Hinweise zu beihilferechtlichen Folgen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werden rechtzeitig zum Beginn des Wirkbetriebs der Karte erfolgen.

§ 54 Antragsfrist

(1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Kriegsofopferfürsorge vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsofopferfürsorge die Aufwendungen bezahlt hat.

(2) Die Frist ist auch gewährt, wenn der Antrag von Beihilfeberechtigten nach § 3 innerhalb der Frist nach Absatz 1 bei der zuständigen Beschäftigungsstelle im Ausland eingereicht wird.

Zu § 54

Zu Absatz 1

Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen. Das gilt auch in den Fällen des § 51 Abs. 6 BBhV.

Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist danach zu gewähren, wenn die Antragsfrist durch Umstände versäumt worden ist, die die oder der Beihilfeberechtigte nicht zu verantworten hat.

Innerhalb von zwei Wochen nach dem Wegfall des Hindernisses ist sowohl der Beihilfeantrag nachzuholen als auch glaubhaft zu machen, dass weder die oder der Beihilfeberechtigte noch ihr oder sein Vertreter das Fristversäumnis zu vertreten hat.

Ein Jahr nach Beendigung der versäumten Frist kann die Wiedereinsetzung nur dann beantragt werden, wenn dies vor Ablauf dieser Frist aufgrund höherer Gewalt unmöglich war. Höhere Gewalt liegt nur dann vor, wenn das Fristversäumnis auf ungewöhnlichen und unvorhersehbaren Umständen beruht und deren Folgen trotz aller Sorgfalt nicht hätten vermieden werden können.

Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsofopferfürsorge vorgeleistet, kann er aufgrund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 93 SGB XII einen Beihilfeanspruch geltend machen. Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er der oder dem Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsofopferfürsorge über. Eine Überleitung nach § 93 SGB XII ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für die oder den Beihilfeberechtigten selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für seine nicht getrennt lebende Ehegattin oder für die berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) der oder des Beihilfeberechtigten entstanden sind. In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und gegebenenfalls Anfechtungsklage zu erheben.

Leitet der Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge nicht über, sondern nimmt die oder den Beihilfeberechtigten nach § 19 Abs. 5 SGB XII im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist zulässig. Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist ausgeschlossen.

Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Absatz 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung

- den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt),
- die Leistungsempfängerin oder den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
- die Art (z. B. Pflege, Heilmittel) 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 Trägers der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Satz 3) und gegebenenfalls der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

Zu Absatz 2

Diese Vorschrift soll Beihilfeberechtigte mit ausländischem Dienstort von Erschwernissen entlasten, die auf den Besonderheiten des dienstlichen Einsatzes beruhen (z. B. längere Postlaufzeiten).

§ 55 Geheimhaltungspflicht

(1) Die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten. Sie dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie bekannt gegeben worden sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Befugnis zur Verwendung der Daten für einen anderen Zweck oder die oder der Betroffene hat schriftlich in die Zweckänderung eingewilligt.

(2) Personenbezogene Daten aus der Beihilfeakte dürfen ohne Einwilligung der oder des Betroffenen an die Bezügestelle übermittelt werden, soweit die Kenntnis der Daten für die Festsetzung und Berechnung der Besoldung oder Versorgung oder für die Prüfung der Kindergeldberechtigung erforderlich ist.

Zu § 55

Zu Absatz 1

Eine gesetzliche Bestimmung zur Weitergabe personenbezogener Daten ergibt sich z. B. aus den §§ 106, 108 und 111 des Bundesbeamtengesetzes. Aus diesen Vorschriften ergibt sich jedoch grundsätzlich keine Berechtigung oder Verpflichtung zur Weitergabe von Gesundheitsdaten.

Zu Absatz 2

Diese Vorschrift regelt die Befugnis der Festsetzungsstelle zur Weitergabe der personenbezogenen Daten, die für die Berechnung oder Gewährung der Besoldung oder Versorgung oder des Kindergeldes maßgeblich sind. Die Weitergabe von gesundheitsbezogenen Daten ist für die Festsetzung der Besoldung oder Versorgung oder zur Prüfung der Kindergeldberechtigung nicht erforderlich; diese Daten dürfen daher ohne Zustimmung der oder des Betroffenen nicht an die die Bezüge festsetzenden Stellen weitergegeben werden.

§ 56 Festsetzungsstellen

(1) Festsetzungsstellen sind

1. die obersten Dienstbehörden für die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiterinnen und Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden für die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs und
3. die Versorgungsstellen für die Anträge der Versorgungsempfängerinnen und der Versorgungsempfänger.

(2) Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Die Beihilfebearbeitung darf nur auf Behörden des jeweiligen Dienstherrn übertragen werden. Die Übertragung ist im Gemeinsamen Ministerialblatt zu veröffentlichen.

Zu § 56

Allgemein

Werden Beihilfeberechtigte innerhalb des Bundesdienstes abgeordnet, verbleibt es bei der Zuständigkeit der bisherigen Festsetzungsstelle. Werden Beihilfeberechtigte des Bundes zu einer Dienststelle außerhalb der Bundesverwaltung abgeordnet, bleibt die bisherige Festsetzungsstelle weiterhin zuständig.

Werden Beihilfeberechtigte eines anderen Dienstherrn in den Bundesdienst abgeordnet, bleibt der bisherige Dienstherr für die Beihilfegewährung weiterhin zuständig.

Die abgebenden und die aufnehmenden Dienstherrn können von den Nummern 56.0.1 bis 56.0.3 abweichende Regelungen treffen.

Mit der Wirksamkeit der Versetzungsverfügung ist die aufnehmende Behörde für die Beihilfegewährung zuständig.

Verlegt eine Beihilfeberechtigte oder ein Beihilfeberechtigter ihren oder seinen Wohnsitz aus privaten Gründen ins Ausland, bleibt die für sie oder ihn zuständige Festsetzungsstelle gegebenenfalls bis zu einer anderen Entscheidung der obersten Dienstbehörde weiterhin zuständig.

Soweit nicht bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts ausnahmsweise eigene Diensttherreineigenschaft besitzen, ist Dienstherr der Bund (§ 2 des Bundesbeamtengesetzes). Insoweit kann die Beihilfearbeitung auch Festsetzungsstellen des Bundes außerhalb des eigenen Ressorts übertragen werden.

Zu Absatz 1 (bleibt frei)

Zu Absatz 2 (bleibt frei)

§ 57 Verwaltungsvorschriften

Das Bundesministerium des Innern erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.

Zu § 57

Die nach dieser Vorschrift zu erlassenden Verwaltungsvorschriften dienen der Vereinheitlichung der Rechtsanwendung. Sie werden im Gemeinsamen Ministerialblatt veröffentlicht.

Kapitel 7 Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 58 Übergangsvorschriften

(1) Auf Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, ist die Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI S. 919), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379), weiter anzuwenden.

(2) Auf Ehegattinnen und Ehegatten, die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung als berücksichtigungsfähige Angehörige unter der Einkommensgrenze nach § 5 Abs. 4 der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Beihilfenvorschriften des Bundes lagen, aber die Einkommensgrenze nach § 4 Abs. 1 überschreiten, ist die bisherige Einkommensgrenze bis zur erstmaligen Überschreitung weiter anzuwenden.

(3) Kinder der oder des Beihilfeberechtigten, die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hochschule oder Fachhochschule eingeschrieben sind, gelten abweichend von § 4 Abs. 2 längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich geleisteter Wehr- oder Zivildienstzeiten als berücksichtigungsfähige Angehörige. Die Übergangsregelung hat keine Auswirkung auf den Bemessungssatz der oder des Beihilfeberechtigten.

(4) Auf Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, deren Bemessungssatz nach § 14 Abs. 6 Nr. 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI S. 919), die zuletzt durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379) geändert worden ist, unbefristet erhöht wurde, ist dieser erhöhte Bemessungssatz für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung weiter anzuwenden. Anschließend prüft die Festsetzungsstelle, ob die Voraussetzungen des erhöhten Bemessungssatzes nach § 47 Abs. 2 vorliegen. Die Prüfung ist alle zwei Jahre zu wiederholen. Liegen die Voraussetzungen nicht vor, ist der Bescheid über die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 49 Abs. 2 und 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes zu widerrufen. Die Sätze 1 bis 3 gelten für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger entsprechend.

(5) § 46 Abs. 3 Satz 2 ist erstmals sechs Monate nach Inkrafttreten dieser Verordnung anzuwenden. Bis dahin ist § 14 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI S. 919), die zuletzt durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379) geändert worden ist, weiter anzuwenden.

(6) In § 4 Abs. 2 Nr. 1 und 2, § 5 Abs. 4 und § 46 Abs. 3 Satz 2 ist unter der Bezeichnung „Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes“ ab dem 1. Juli 2010 die Bezeichnung „Auslandszuschlag nach § 53 Abs. 4 Nr. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes“ zu verstehen.

Zu § 58

Zu Absatz 1

Die Verordnung gilt nur für Aufwendungen, die nach dem Inkrafttreten entstanden sind. Auf alle Aufwendungen, die bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, sind die bisherigen Regelungen weiterhin anzuwenden. Das kann dazu führen, dass gegebenenfalls die in einer Rechnung zusammengefassten Aufwendungen aufgeteilt werden. Nach bisherigem Recht erteilte Bewilligungen gelten fort.

Zu Absatz 2

Nach § 4 Abs. 1 Satz 3 werden im Ausland erzielte Einkünfte der Ehegattinnen und Ehegatten von Beihilfeberechtigten nach § 3 (dienstlichem Wohnsitz im Ausland) nicht berücksichtigt. Das gilt auch bei der Prüfung, ob Ehegattinnen und Ehegatten dieser Beihilfeberechtigten von dieser Übergangsvorschrift erfasst werden.

Zu Absatz 3

Diese Übergangsregelung trifft nur auf die berücksichtigungsfähigen Kinder einer oder eines Beihilfeberechtigten zu, die tatsächlich im Wintersemester 2006 / 2007 an einer Fachhochschule oder Hochschule eingeschrieben waren, solange das Studium andauert.

58.3.2 Die Anwendung der Übergangsregelung führt nicht zu einer Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 46 Abs. 3 für die oder den Beihilfeberechtigten.

Zu Absatz 4

Die Erhöhung des Bemessungssatzes für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit geringem Gesamteinkommen erfolgt aus Gründen der Fürsorge des Dienstherrn. Dieser Fürsorge bedarf die Beihilfeberechtigte oder der Beihilfeberechtigte nicht mehr, wenn das Einkommen (zum Beispiel durch das Hinzutreten von Altersrenten) nicht mehr geringfügig im Sinne von § 47 Abs. 2 ist.

Zu Absatz 5

Nach § 46 Abs. 3 Satz 2 wird bei mehreren Beihilfeberechtigten der Bemessungssatz bei der oder dem Beihilfeberechtigten erhöht, die oder der die familienbezogenen Besoldungsbestandteile tatsächlich erhält. Die Beihilfeberechtigten bestimmen in diesem Fall bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. Eine gesonderte Erklärung der Beihilfeberechtigten ist nicht erforderlich.

Nummer 58.5.1 ist erstmals sechs Monate nach Verkündung der BBhV im Bundesgesetzblatt anzuwenden. Das bedeutet, dass für alle Aufwendungen, die nach diesem Stichtag erbracht werden, die neue Vorschrift über die Erhöhung des Bemessungssatzes anzuwenden ist.

Zu Absatz 6

Diese Regelung führt nicht zu einer Veränderung der Verfahrensweise, sondern zeichnet nur die Veränderungen der Bezeichnungen in den Regelungen der Auslandsbesoldung durch das Dienstrechtsneuordnungsgesetz nach.

§ 59 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu § 59

Die Verordnung ist am 13. Februar 2009 im Bundesgesetzblatt verkündet worden und am Tag nach der Verkündung in Kraft getreten. Sie gilt gemäß Nummer 58.1.1 für Aufwendungen, die nach dem Datum der Verkündung entstanden sind.

Anlage 1 (zu § 6 Abs. 2)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

1. Völliger Ausschluss

- A** – Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z. B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audio-vokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
 - Autohomologe Immuntherapien (z. B. ACTI-Cell-Therapie)
 - Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
 - Ayurvedische Behandlungen, z. B. nach Maharishi
- B** – Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
 - Biophotonen-Therapie
 - Bioresonarentests
 - Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
 - Bogomoletz-Serum
 - Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Prof. Barraquer
 - Bruchheilung ohne Operation
- C** – Chelat-Therapie
 - Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
 - Cytotoxologische Lebensmitteltests
- E** – Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
 - Elektro-Neural-Diagnostik
- F** – Frischzellentherapie
- G** – Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (z. B. Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik (BFD), Mora-Therapie)
 - Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität
- H** – Heileurhythmie
 - Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung
- I** – Immuno-augmentative Therapie (IAT)
 - Immunseren (Serocytol-Präparate)
 - Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (z. B. Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne)
- K** – Kariesdetektor-Behandlung
 - Kinesiologische Behandlung
 - Kirlian-Fotografie
 - Kombinierte Serumtherapie (z. B. Wiedemann-Kur)
 - Konduktive Förderung nach Petö, sofern nicht als heilpädagogische Behandlung bereits von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen
- L** – Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie
- M** – Modifizierte Eigenblutbehandlung (z. B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)
- N** – Neurotopische Diagnostik und Therapie
 - Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall
- O** – Osmotische Entwässerungstherapie
- P** – Psycotron-Therapie
 - Pulsierende Signaltherapie (PST)
 - Pyramidenenergiebestrahlung
- R** – Radiale Stoßwellentherapie
 - Regeneresen-Therapie
 - Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
 - Rolfing-Behandlung
- S** – Schwingfeld-Therapie

- T** – Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie
- V** – Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins
- Z** – Zellmilieu-Therapie

2. Teilweiser Ausschluss

- *Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung*
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle und in Zweifelsfällen eine Bestätigung durch eine Gutachterin oder einen Gutachter einzuholen.
- *Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich*
Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche) oder des Fasziiitis plantaris (Fersensporn). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.
- *Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)*
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.
- *Klimakammerbehandlungen*
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens einer von ihr bestimmten Ärztin oder eines von ihr bestimmten Arztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- *Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur*
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z. B. mit Aludrin.
- *Magnetfeldtherapie*
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophischen Pseudarthrosen sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.
- *Ozontherapie*
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens einer Ärztin oder eines Arztes, die oder den sie bestimmt, die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- *Prostata-Hyperthermie-Behandlung*
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.
- *Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)*
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z. B. Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 der Anlage 4 zu § 23 Abs. 1 zugeordnet.
- *Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten*
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

Anlage 2 (zu §§ 18 bis 21)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1 Psychotherapeutische Leistungen:

1.1 Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren sind:

1. Familientherapie,
2. Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,
3. Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers),
4. Gestaltungstherapie,
5. Körperbezogene Therapie,
6. Konzentrative Bewegungstherapie,
7. Logotherapie,
8. Musiktherapie,
9. Heileurhythmie,
10. Psychodrama,
11. Respiratorisches Biofeedback,
12. Transaktionsanalyse.

1.2 Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z. B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.

2. Psychosomatische Grundversorgung

2.1 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für

- Allgemeinmedizin,
 - Augenheilkunde,
 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - Innere Medizin,
 - Kinderheilkunde,
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Neurologie,
 - Phoniatrie und Pädaudiologie,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - psychotherapeutische Medizin oder
 - Urologie
- durchgeführt wird.

2.2 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von

- einer Ärztin oder einem Arzt,
 - einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
 - einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Verfahren verfügt.

3. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

3.1 Wird die Behandlung durch eine ärztliche Psychotherapeutin oder einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche sein:

- Psychotherapeutische Medizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
- Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für

- Psychotherapeutische Medizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie

- eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

3.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).

3.3 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

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

3.4 Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).

3.5 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen,
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

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

3.7 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

3.8 Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt und die Behandlung durch die Festsetzungsstelle im Vorfeld anerkannt wird. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 20 Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen.

4. Verhaltenstherapie

4.1 Wird die Behandlung durch eine ärztliche Psychotherapeutin oder einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- Psychotherapeutische Medizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
- Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

4.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

- 4.3 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin, einen Psychologischen Psychotherapeuten, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen,
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- 4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 oder 4.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 und oder 4.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- 4.5 Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl von Sitzungen nicht erreicht wird, kann eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 20 weiteren Sitzungen anerkannt werden. In medizinisch besonders begründeten Fällen können nochmals weitere 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 20 Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere verhaltenstherapeutische Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

Anlage 3 **(zu § 23 Abs. 1 und § 24 Abs.1)**

Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel

Das Heilmittel muss von einer der folgenden Personen erbracht werden und die erbrachten Leistungen müssen der staatlichen Berufsausbildung oder dem Berufsbild entsprechen:

- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
- Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
- Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
- Krankengymnastin oder Krankengymnast,
- Logopädin oder Logopäde,
- klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
- Masseurin oder Masseur,
- medizinische Bademeisterin oder medizinischer Bademeister,
- Podologin oder Podologe.

Anlage 4 (zu § 23 Abs. 1)

Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilmittel und Voraussetzungen für bestimmte Heilmittel

1.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
I. Inhalation¹⁾		
1	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70 €
2	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,60 €
	b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmerin oder 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	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 Teilnehmerin oder Teilnehmer	6,20 €
8	Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder 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 Teilnehmerin oder 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 Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	11,80 €
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ⁶⁾ , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50 €
13	Chirogymnastik ⁷⁾ – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40 €
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie ¹⁰⁾¹¹⁾ , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90 €
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT) ¹²⁾ Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00 €
16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20 €
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70 €
III. Massagen		
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) ²⁾	13,80 €
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50 €
	b) Großbehandlung, 45 Minuten	29,20 €
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00 €
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	8,70 €
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10 €

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30 €
22	a) Warmpackung 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	
	• Teilpackung	20,50 €
	• Großpackung	28,20 €
	b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-packung 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, Peloidkompressen	9,20 €
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60 €
	f) Trockenpackung	3,10 €
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	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 €
25	a) Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	9,20 €
	b) Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30 €
26	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,00 €
27	a) Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80 €
	b) Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	39,90 €
28	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
	a) Teilbad	28,70 €
	b) Vollbad	32,80 €
29	Sole-Photo-Therapie	32,80 €
	Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad, – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70 €
	b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30 €
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50 €
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10 €
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50 €
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50 €
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00 €
	d) Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50 €
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10 €
	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter den Nummern 30 Buchstabe a bis c und 31 Buchstabe b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 Buchstabe d beihilfefähig.	

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
V. Kälte- und Wärmebehandlung		
32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80 €
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70 €
33	Eisteilbad	9,80 €
34	Heißluftbehandlung ⁹⁾ oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70 €
VI. Elektrotherapie		
35	Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20 €
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20 €
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20 €
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80 €
39	Iontophorese	6,20 €
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30 €
41	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,00 €
VII. Lichttherapie		
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht ⁹⁾	
	a) als Einzelbehandlung	3,10 €
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	2,60 €
43	a) Reizbehandlung ⁹⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10 €
	b) Reizbehandlung ⁹⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20 €
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20 €
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70 €
VIII. Logopädie		
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechung, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60 €
	c) Ausführlicher Bericht	11,80 €
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20 €
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung der Patientin oder des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90 €
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40 €
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
50	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80 €
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,40 €
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	28,70 €

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
X. Podologische Therapie¹³⁾		
53	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50 €
54	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70 €
55	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05 €
56	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25 €
57	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10 €
58	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50 €
59	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00 €
60	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nummer 59 abrechenbar), je Person	3,50 €
XI. Sonstiges		
61	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20 €
62	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 61 und 62 nur anteilig je Patient beihilfefähig.	
<p>1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig. 2) Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden. 3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden. 4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden. 5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden. 6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden. 7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden anerkannt werden. 8) Das notwendige Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird. 9) Die Leistungen der Nummern 34, 42 und 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig. 10) Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassen sind. 11) Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig. 12) Die Leistungen der Nummern 4-6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden. 13) Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.</p>		
<p>2. Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) - Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses – sind bei Vorliegen folgender Voraussetzungen beihilfefähig:</p> <p>2.1 Erweiterte ambulante Physiotherapie</p> <p>Leistungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie werden nur auf Grund einer Verordnung von Krankenhausärztinnen / Krankenhausärzten, von Ärztinnen / Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einer Allgemeinärztin / Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen anerkannt:</p> <p>2.1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik – nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik – instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik – lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb <p>2.1.2 Operation am Skelettsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> – posttraumatische Osteosynthesen – Osteotomien der großen Röhrenknochen <p>2.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schulterprothesen – Knieendoprothesen – Hüftendoprothesen <p>2.1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband) – Schultergelenkläsionen, insbesondere nach: 		

- operativ versorgter Bankard-Läsion,
- Rotatorenmanschettenruptur,
- schwere Schultersteife (frozen shoulder),
- Impingement-Syndrom,
- Schultergelenkluxation,
- tendinosis calcarea,
- periathritis humero-scapularis (PHS)
- Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss

2.1.5 Amputationen

2.2 Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus.

Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

2.3 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- Krankengymnastische Einzeltherapie
- physikalische Therapie nach Bedarf
- medizinisches Aufbautraining

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

- Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage
- Isokinetik
- Unterwassermassage

2.4 Die durchgeführten Leistungen sind durch die Patientin oder den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.

2.5 Die in Nummer 2.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.

3. Medizinisches Aufbautraining (MAT)

Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn

- das medizinische Aufbautraining von Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzten, von Ärztinnen oder Ärzten der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, von einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
- Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
- jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird. Die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt.

Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich bei von einer Ärztin oder einem Arzt erbrachten Leistungen nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie.

Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3fachen der Einzelsätze der GOÄ beihilfefähig:

- Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

- Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, zuzüglich zusätzlichem Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 GOÄ (je Sitzung) und begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 15 der Anlage 4 zu § 23 Abs. 1.

Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

4. Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologinnen und Podologen sind nur bei der Diagnose "Diabetisches Fußsyndrom" beihilfefähig.

Anlage 5 (zu § 25 Abs. 1 und 4)

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

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind – gegebenenfalls im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind.

Abduktionslagerungskeil

Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung)

Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)

Alarmgerät für Epileptikerinnen oder Epileptiker

Anatomische Brillenfassung

Anus-*praeter*-Versorgungsartikel

Anzieh-/Ausziehhilfen

Aquamat

Armmanschette

Armtragegurt/-tuch

Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl

Atemtherapiegeräte

Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)

Auffahrrampen für Krankenfahrstuhl

Aufrichteschlaufe

Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig)

Aufstehgestelle

Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung)

Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/ -pipette/ -stäbchen

Augenschielklappe, auch als Folie

Badestrumpf

Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits)

Badewannenverkürzer

Ballspritze

Behinderten-Dreirad

Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie

Bettnässer-Weckgerät

Beugebandage

Billroth-Batist-Lätzchen

Blasenfistelbandage

Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)

Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)

Blindenstock/-langstock/-taststock

Blutgerinnungsmessgerät (nur bei erforderlicher Dauerantikoagulation, künstlichem Herzklappenersatz)

Blutlanzette

Blutzuckermessgerät

Bracelet

Bruchband

Clavicula-Bandage

Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhard- und -software bis zu 3 500 Euro, ggf. zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5 400 Euro

Dekubitus-Schutzmittel (z. B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)

Delta-Gehrad
 Drehscheibe, Umsetzhilfen
 Duschsitz/-stuhl
 Einlagen, orthopädische
 Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
 Ekzem-Manschette
 Elektro-Stimulationsgerät
 Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
 Epitrain-Bandage
 Ernährungssonde
 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
 Fingerling
 Fingerschiene
 Fixationshilfen
 (Mini)Fonator
 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)
 Gehgipsgalosse
 Gehhilfen und -übungsgeräte
 Gehörschutz
 Genutrain-Aktiv-Kniebandage
 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
 Gilchrist-Bandage
 Gipsbett, Liegeschale
 Glasstäbchen
 Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz
 Gummistrümpfe
 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
 Handgelenkriemen
 Hebekissen
 Heimdialysegerät
 Helfende Hand, Scherenzange
 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
 Hörgeräte (HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte, schallaufnehmendes Gerät bei teilimplantiertem Knochenleitungs-Hörsystem); einschließlich der Nebenkosten bis zu 1 025 Euro je Ohr ggf. zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung
 Impulsvibrator
 Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör
 Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
 Innenschuh, orthopädischer
 Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
 Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen
 Ipos-Vorfußentlastungsschuh
 Kanülen und Zubehör
 Katapultsitz
 Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
 Kieferspreizergerät
 Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
 Klumpfußschiene
 Klumphandschiene

Klyso

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage

Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation

Knöchel- und Gelenkstützen

Körperersatzstücke einschließlich Zubehör (bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 Euro zu berücksichtigen und bei Badeanzügen, Bodys oder Korsett für Brustprothesenträgerinnen von 40 Euro)

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose

Koordinator nach Schielbehandlung

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Korrektursicherungsschuh

Krabbler für Spastikerinnen und Spastiker

Krampfaderbinde

Krankenfahrstuhl mit Zubehör

Krankenpflegebett

Krankenstock

Kreuzstützbandage

Krücke

Latextrichter bei Querschnittlähmung

Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden

Lesehilfen (Lesestände, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)

Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

Lifter (Krankenslifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)

Lispelsonde

Lumbalbandage

Malleotrain-Bandage

Mangoldsche Schnürbandage

Manutrain-Bandage

Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen

Milchpumpe

Mundsperrer

Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Haltemanschetten usw.

Orthesenschuhe

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (max. 6 Paar Schuhe pro Jahr)

Pavlikbandage

Peak-Flow-Meter

Penisklemme

Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel

Polarimeter

Psoriaskamm

Quengelschiene

Reflektometer

Rektophor

Rollator

Rollbrett

Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen
 Schemo-Rad
 Schrägliegebrett
 Schutzbrille für Blinde
 Schutzhelm für Behinderte
 Schwellstromapparat
 Segofix-Bandagensystem
 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
 Skolioseumkrümmungsbandage
 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
 Sphinkter-Stimulator
 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
 Spreizfußbandage
 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
 Spritzen
 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden oder Lähmungszuständen (Einzelschuhversorgung)
 Stehübungsgerät
 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
 Strickleiter
 Stubbies
 Stumpfschutzhülle
 Stumpfstrumpf
 Suspensorium
 Symphysen-Gürtel
 (Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
 Therapeutische Bewegungsgeräte (nur mit Spasmenschaltung)
 Tinnitus-Gerät
 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
 Tragegurtsitz
 Übungsschiene
 Urinale
 Urostomie-Beutel
 Verbandsschuhe (Einzelschuhversorgung)
 Vibrationstrainer bei Taubheit
 Wasserfeste Gehhilfe
 Wechseldruckgerät
 Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.
3. Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
 - a) Anschaffungen zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,
 - b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:

aa)	Unterrichtsstunde à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden	56,43 Euro,
bb)	Fahrzeitentschädigung je Zeitzunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten Takt anteilig berechnet wird	44,87 Euro,
cc)	Fahrtkostenerstattung für Fahrten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	0,30 Euro,
dd)	Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainerin oder des Trainers nicht zumutbar ist	26,00 Euro.

Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen der Trainerin oder des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden,

- c) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstabe b,
- d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch die Mobilitätstrainerin oder den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls diese oder dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

4. Sehhilfen

4.1 Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- nach Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn aufgrund der Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, beide Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillenversorgung- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge $\leq 0,3$ beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld ≤ 10 Grad bei zentraler Fixation ist.

Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung einer Augenärztin oder eines Augenarztes. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin oder eines Augenoptikers. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro beihilfefähig.

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

a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):	Einstärkengläser:	für das sph. Glas	31,00 Euro
		für das cyl. Glas	41,00 Euro
b) bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt):	Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	72,00 Euro
		für das cyl. Glas	92,50 Euro
c) Dreistufen- oder Multifokalgläser:		zuzüglich je Glas	21,00 Euro
d) Gläser mit prismatischer Wirkung:		zuzüglich je Glas	21,00 Euro.

4.1.2 Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nummer 4.1.1 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

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

- a) bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
- b) bei Anisometropien ab 2 dpt,
- c) unabhängig von der Gläserstärke
 - aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
 - ab) bei Patientinnen und 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,
 - ac) Brillen, die im Rahmen der Schulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind.

4.1.2.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas bis zu 11 Euro bei

- a) umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
- b) krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen,
- c) Fortfall der Pupillenverengung (z. B. absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),
- d) chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),

- e) entstehenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
- f) Ciliareuralgie,
- g) Blendung bedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- h) totaler Farbenblindheit,
- i) unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- j) intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- k) Gläsern ab + 10 dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille.

4.1.3 Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe sind bei nachstehend aufgeführten Indikationen für Kurzzeitlinsen bis zu 154 Euro (sphärisch) bzw. bis zu 230 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig:

- a) Myopie ab 8 dpt,
- b) Hyperopie ab 8 dpt,
- c) Irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20% verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläser erreicht wird,
- d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
- e) Astigmatismus obliquus (Achslage 45° +/-30°, bzw. 135° +/-30°) ab 2 dpt,
- f) Keratokonus,
- g) Aphakie,
- h) Aniseikonie (bei gleicher oder wenig differenter Refraktion beider Augen muss eine Aniseikoniemessung nach einer anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode erfolgen und dokumentiert werden),
- i) Anisometropie ab 2 dpt.

Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, sind bei Vorliegen der Indikationen neben den Kontaktlinsen Aufwendungen für eine Brille im Rahmen der Nummern 4.1.1 und 4.1.2 zusätzlich beihilfefähig. Liegt keine der Indikationen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.

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

4.3 Therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankungen sind in folgenden Fällen bei bestehender medizinischer Notwendigkeit beihilfefähig:

4.3.1 Lichtschutz mit einer 75%igen Transmission oder weniger bei

- a) den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
- b) Albinismus.

4.3.2 UV-Kantenfilter (400 nm) bei

- a) Aphakie (Linsenlosigkeit),
- b) Photochemotherapie (zur Absorption des langwelligen UV-Lichts),
- c) als UV-Schutz nach Staroperation, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,
- d) Iriskolobomen,
- e) Albinismus.

Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.

4.3.3 Kantenfilter (540 bis 660 nm) bei

- a) dystrophischen Netzhauterkrankungen, z. B. Zapfenanomalien der Netzhaut bedingte Sehstörung (Achromatopsie), Retinopathia pigmentosa,
- c) Albinismus.

Kantenfilter sind nicht beihilfefähig bei altersbedingter Makuladegeneration, diabetischer Retinopathie und Fundus myopicus.

Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.

4.3.4 Horizontale Prismen in Gläser ab 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ab 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen), bei krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen, mit dem Ziel Binokularesehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern, sowie bei Augenmuskelparesen Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern. Bei vertikalen Prismen gelten die Voraussetzungen des Satzes 1 mit Ausnahme, dass der Grenzwert jeweils 1 Prismendioptrie beträgt.

Die Verordnung setzt in jedem Falle eine umfassende augenärztliche orthoptisch-pleoptische Diagnostik voraus. Isolierte Ergebnisse einer subjektiven Heterophorie-Testmethode begründen keine Verordnungsfähigkeit von Folien und Gläsern mit prismatischer Wirkung. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sind nicht ordnungsfähig. Höhenausgleichsprismen bei Bifokalgläsern mit Fernkorrektur > 2dpt Unterschied sind nicht ordnungsfähig.

Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, z. B. prä- oder postoperativ, ist der Einsatz von Prismenfolien angezeigt.

- 4.3.5 Organisches Glas mit sphärischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Organisches Glas mit sphäro-torischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- 4.3.6 Okklusionskapseln, Okklusionsfolien und Okklusionspflaster bei Amblyopie, d. h. einer funktionellen Schwachsichtigkeit mit Herabsetzung der zentralen Sehschärfe ohne erkennbaren pathologischen Befund.
- 4.3.7 Uhrglasverbände bei unvollständigem Lidschluss, z. B. infolge einer Gesichtslähmung, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden.
- 4.3.8 Irislinsen bei den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris – Regenbogenhaut – (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse).
- 4.3.9 Okklusionsschalen/Okklusionslinsen zur Amblyopie, sofern eine andere Behandlungsform nicht möglich ist.
- 4.3.10 Verbandlinsen/Verbandschalen bei/nach
- Erosionen, Epitheldefekten, Ulzeration der Hornhaut (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),
 - Abrasio nach Operation (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),
 - Verletzung,
 - Verätzung,
 - Verbrennung,
 - Hornhautperforation oder lamellierende Hornhautverletzung,
 - Keratoplastik,
 - Hornhautentzündungen und -ulzerationen, z. B. Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis, Keratitis herpetica,
 - kontinuierlicher Medikamentenzufuhr als Medikamententräger.
- 4.3.11 Kontaktlinsen – bei ausgeprägtem, fortgeschrittenen Keratokonus mit keratokonusbedingten pathologischen Hornhautveränderungen (z. B. Vogt-Linien) und Hornhautradius < 7,0 mm zentral oder im Apex; oder – nach Hornhauttransplantation/Keratoplastik.
- 4.3.12 Kunststoffgläser bei Patientinnen und Patienten, die an Epilepsie oder an Spastiken erkrankt sind – sofern sie erheblich sturzgefährdet sind – oder Einäugige (Einäugige: bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges von < 0,2).
- 4.4 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind die Aufwendungen für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 4.1.1 und 4.1.2 und für eine Brillenfassung bis zu 52 Euro beihilfefähig.
- 4.5 Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind nur beihilfefähig, wenn bei gleich bleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
- sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,
 - die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
 - sich die Kopfform geändert hat.
- 4.6 Aufwendungen für
- Sehhilfen, die nur für eine berufliche Tätigkeit erforderlich werden,
 - Bildschirmbrillen,
 - Brillenversicherungen,
 - Zweitbrillen, Reservebrillen,
 - Etui
- sind nicht beihilfefähig.

Anlage 6 (zu § 25 Abs. 1, 2 und 4)

Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle

Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 6 Abs. 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 25 Abs. 2) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk

Adju-Set/-Sano

Angorawäsche

Anti-Allergene-Matrasen und Bettbezüge

Aqua-Therapie-Hose

Arbeitsplatte zum Krankenfahrstuhl

Augenheizkissen

Autofahrerrückenstütze

Autokindersitz

Autokofferraumlifter

Autolifter

Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte

Bandagen (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)

Basalthermometer

Bauchgurt

Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung

Bett (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)

Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze

Bett-Tisch

Bidet

Bildschirmbrille

Bill-Wanne

Blinden-Uhr

Blutdruckmessgerät

Brückentisch

Dusche

Einkaufsnetz

Einmal-Handschuhe mit Ausnahme bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter, bei Querschnittgelähmten zur Darmentleerung

Eisbeutel und -kompressen

Elektrische Schreibmaschine

Elektrische Zahnbürste

Elektrofahrzeuge

Elektro-Luftfilter

Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)

Erektionshilfen

Ergometer

Ess- und Trinkhilfen

Expander

Farberkennungsgerät

Fieberthermometer

Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

Handschuhe (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)

Handtrainer

Hängeliege
Hantel (Federhantel)
Hausnotrufsystem
Hautschutzmittel
Heimtrainer
Heizdecke/-kissen
Hilfsgeräte für die Hausarbeit
Höhensonne
Hörkissen
Hörkragen Akusta-Coletta
Intraschallgerät „NOVAFON“
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)
Ionopront, Permax-Sauerstoffzeuger
Katzenfell
Klingelleuchte (soweit nicht von Anlage 5 erfasst)
Knickfußstrumpf
Knoche Natur-Bruch-Slip
Kolorimeter
Kommunikationssystem
Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
Krankenunterlagen, es sei denn, sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder/und Darminkontinenz im Rahmen einer Decubitusbehandlung oder bei Dermatitis). Entsprechendes gilt, wenn neben der Blasen- oder/und Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (z. B. Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegen, dass ohne eines dieser Mittel der Eintritt von Decubitus oder Dermatitis droht. Dies gilt auch, wenn dadurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wieder ermöglicht wird.
Kreislaufgerät „Schiele“
Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
Language-Master
Luftreinigungsgeräte
Magnetfolie
Monophonator
Munddusche
Nackenheizkissen
Nagelspange Link
Öldispersionsapparat
Pulsfrequenzmesser
Rotlichtlampe
Rückentrainer
Salbenpinsel
Schlaftherapiegerät
Schuh (soweit nicht in Anlage 5 aufgeführt)
Spezialsitze
Spirometer
Spranzbruchband
Sprossenwand
Sterilisator
Stimmübungssystem für Kehlkopflose
Stockroller
Stockständer
Stufenbett

SUNTRONIC-System (AS 43)

Taktellgerät

Tamponapplikator

Tandem für Behinderte

Telefonverstärker

Telefonhalter

Therapeutische Wärme-/Kältesegmente

Treppenlift, Monolift, Plattformlift

Tünkers Butler

Übungsmatte

Ultraschalltherapiegeräte

Umweltkontrollgerät

Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen

Waage

Wandstandgerät

WC-Sitz

Zahnpflegemittel

Zweirad für Behinderte.

Continental Krankenversicherung a.G.
Bundeswehrrservice
Ruhrallee 92
44139 Dortmund