



Beihilfevorschriften des Bundes

mit Durchführungshinweisen



Kompetente Beratung durch unsere
„Experten für die Bundeswehr“
www.DerKrankenversicherer.de

Beihilfevorschriften des Bundes (BhV)

in der Fassung vom 1. November 2001 (GMBI. 2001, S. 918),
zuletzt geändert durch die 28. Verwaltungsvorschrift zur Änderung
der Beihilfevorschriften vom 30. Januar 2004 (GMBI. 2004, S. 379).

mit Hinweisen zu den Beihilfevorschriften

**in der Fassung vom 1. November 2001 (GMBI. 2001, S. 918),
zuletzt geändert durch die 28. Verwaltungsvorschrift zur
Änderung der Beihilfevorschriften vom 30. Januar 2004
(GMBI. 2004, S. 379). (BMI - D I 5 - 213 100-1/1f)**

BhV – Ausland

**in der Fassung der Dritten allgemeinen Verwaltungsvorschrift für
Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen an Bundes-
bedienstete im Ausland vom 10. März 2004 (GMBI. 2004, S. 548)**

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 Beihilfefest-setzungsstellen.

gültig ab: 1. Januar 2004

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	3
ALLGEMEINE VERWALTUNGSVORSCHRIFT FÜR BEIHILFEN IN KRANKHEITS-, PFLEGE-, GEBURTS- UND TODESFÄLLEN	4
Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur	4
Beihilfeberechtigte Personen	4
Berücksichtigungsfähige Angehörige	5
Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen	5
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen	6
Anhang 1 Hinweis zum Gebührenrecht	8
Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit	24
Anlage	
Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung	37
Anlage 2	
Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen	40
Anlage 3	
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke ..	41
Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung	45
Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur	46
Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit	47
Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen	51
Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen	51
Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt	52
Eigenbehalte, Belastungsgrenzen	52
Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen	54
Bemessung der Beihilfen	55
Begrenzung der Beihilfen	56
Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten	57
Verfahren	57
Übergangs- und Schlussvorschriften	58
DRITTE ALLGEMEINE VERWALTUNGSVORSCHRIFT ZUR ÄNDERUNG DER ALLGEMEINEN VERWALTUNGSVORSCHRIFT FÜR BEIHILFEN IN KRANKHEITS-, PFLEGE- UND GEBURTSFÄLLEN AN BUNDESBEDIENSTETE IM AUSLAND	59

AbgG	Abgeordnetengesetz	GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
BBesG	Bundesbesoldungsgesetz	GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
BeamtVG	Beamtenversorgungsgesetz	GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
BGH	Bundesgerichtshof	OVG	Oberverwaltungsgericht
BhV	Beihilfenvorschrift	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

Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Beihilfenvorschriften-BhV) Stand 1.1.2004

§ 1

Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

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

Zu § 1

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

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

- (1) Beihilfeberechtigt sind
 1. Beamte und Richter,
 2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
 3. Witwen und Witwer sowie die in § 23 Beamtenversorgungsgesetz genannten Kinder der in Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen.
- (2) Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 bezeichneten Personen besteht, wenn und solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwengeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten. Sie besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden.
- (3) Als beihilfeberechtigt gelten unter den Voraussetzungen des § 16 Abs. 2 auch andere natürliche sowie juristische Personen.
- (4) Beihilfeberechtigt sind nicht
 1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
 2. Beamte und Richter, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes) beschäftigt sind,
 3. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

Zu § 2

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 4

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

§ 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige

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

Zu § 3

Zu Absatz 1

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

§ 4

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

- (1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung
1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,
 2. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsbezüge aus.
- (2) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger vor.
- (3) Die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.
- (4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 79 Bundesbeamtengesetz gegen das Bundeseisenbahnvermögen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.
- (5) Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Beihilfevorschriften des Bundes im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.
- (6) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt.

Zu § 4

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

- 1 *Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne der Absätze 2 und 5 nicht ausgeschlossen. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. Beispiel: Eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. Als Angestellte steht ihr insoweit keine Beihilfe zu, da sie in diesem Fall infolge der Verweisung auf Sachleistungen dem Grunde nach keine Beihilfeberechtigung aus ihrem Arbeitsverhältnis hat. Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin zu.*
- 2 *Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen (§ 5 Abs. 4 Nr. 7). Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.*
- 3 *Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben und auf Grund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V bzw. keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist aus Fürsorgegründen Absatz 2 nicht anzuwenden. In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.*

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

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 5

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

§ 5

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

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

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

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers 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. Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

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

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

Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

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

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

(4) Nicht beihilfefähig sind

1. Sach- und Dienstleistungen. Als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung. Bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 240 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) bemisst oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch
 - a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch,
 - b) Aufwendungen – mit Ausnahme der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus –, die darauf beruhen, dass der Versicherte die beim Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat; dies gilt auch, wenn Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden.

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

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,
3. die in den §§ 6 bis 10 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) des Ehegatten im Vorvorjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000,00 Euro übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Die oberste Dienstbehörde kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern die Gewährung von Beihilfen zulassen,
4. Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind,
5. Aufwendungen für Beamte, denen auf Grund von § 70 Bundesbesoldungsgesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften Heilfürsorge zusteht,
6. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig,
7. Aufwendungen, die bereits auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4 Abs. 2 und 3 Satz 2) beihilfefähig sind,
8. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verlangt wird,
9. Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

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

Zu § 5

Zu Absatz 1

- 1 Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ, § 1 Abs. 2 Satz 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ).
- 2 Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des § 10 beihilfefähig. Aufwendungen für andere vorbeugende Maßnahmen (z. B. ungezielte umfassende Untersuchungen – sog. check up) sind nicht beihilfefähig.
- 3 Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Fahr- und Unterkunftskosten (§ 6 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Buchstabe a) notwendig, wenn es sich um einen Problemfall handelt. Ein Problemfall liegt nur dann vor, wenn dies durch einen Arzt ausdrücklich bestätigt wird.
- 4.1 Die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zu Grunde zu legen sind. Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.
- 4.2 Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 5 Abs. 1 Satz 2) sind die Gebühren nach der GOÄ/GOZ auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt/Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet.

Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für alle anderen Benutzer verbindlich sind. Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden.
- 4.3 Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind – § 1 Abs. 2 Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000, veröffentlicht im BGBl. I S. 818 –. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Gebührensätze:
 - Abschnitt B der GOÄ: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- bzw. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95;
 - Abschnitt G der GOÄ: 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren durch vertrauensärztliche Gutachter, sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.
- 5.1 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nach § 5 Abs. 1 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen
 - besonders schwierig war oder
 - einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
 - wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgingund diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z. B. Nr. 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nr. 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).
- 5.2 Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt/Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer/Zahnärztekammer oder eines medizinischen/zahnmedizinischen Gutachters einzuholen.
- 5.3 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig (vgl. Hinweis 1). Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen i.S. der Beihilfevorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Hinweis Nummer 5.1, 5.2 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern zugelassen werden.
- 6 Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2a SGB V) beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standardtarifs zählen, nach § 5b GOÄ, § 5a GOZ und § 1 Abs. 1 GOP i.V.m. § 5b GOÄ.
- 7 Abrechnungen auf der Basis eines DKG-NT (Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft) sind in voller Höhe beihilfefähig.
- 8 Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen vergleiche die als Anhang 1 beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht.
- 9 Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. Wird das Einverständnis verweigert und kann die Berechtigung des Anspruchs nicht anderweitig nachgewiesen werden, wird eine Beihilfe nicht gewährt.

Anhang 1
(Hinweis 8 zu § 5 Abs. 1 BhV)
Hinweise zum Gebührenrecht

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1 Bemessung der Gebühren

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

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

Eine einfache Wiederholung der Bemessungskriterien reicht folglich nicht aus.

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 17.02.1994 – 2 C 10.92 – (NJW 1994 S. 3023) hat die Überschreitung des Schwellenwertes „den Charakter einer Ausnahme“; Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwendige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decken in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. In Fortführung dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 30.05.1996 – 2 C 10.95 – (NJW 1996, S. 3094) darauf hingewiesen, dass die Beihilfestatzungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen sind. Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der GOÄ ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen.

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

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

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

1.2 Leistungen bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen

Nach Auffassung des zuständigen Bundesministeriums ist eine Leistungserbringung außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus für sich allein keine ausreichende Begründung für ein Überschreiten der Schwellenwerte nach § 5 Abs. 2 GOÄ (2,3facher, 1,8facher bzw. 1,15facher Satz). Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

1.3 Minderung der ärztlichen Honorare bei stationärer Behandlung

Nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge (ausgenommen der Zuschlag nach Buchstabe J im Abschnitt B V) um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert.

Entsprechende Minderungssätze gelten nach § 7 GOZ auch für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen.

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

Nach den Urteilen des Bundesgerichtshofes vom 14.01.1998 – IV ZR 61/97 (NJW 1998, S. 1790), vom 17.09.1998 – III ZR 222/97 (NJW 1999, S. 868) und vom 13.06.2002 – III ZR 186/01 (NJW 2002, S. 2948) sind die Gebühren nach § 6a Abs. 1 GOÄ für sämtliche wahlärztliche, belegärztliche, konsiliarärztliche und sonstige privatärztliche Leistungen zu mindern, die untrennbar mit einer vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung verbunden sind. Dies gilt unabhängig vom Ort der Leistungserbringung – auch wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien eingesetzt hat (externe Leistungserbringung). Der Vorschrift liegt zur Harmonisierung von Bundespflegegesetzverordnung und GOÄ eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstehen, denn § 6a GOÄ soll nicht das Kosteninteresse des Leistungserbringers, sondern den Patienten vor finanziellen Benachteiligungen schützen.

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

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

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

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

1.5 Wegegeld und Besuchsgebühren

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Voraussetzungen für die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nach der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nrn. 48 bis 51 sowie Zuschläge nach Abschnitt B V, Buchstaben E bis H und K 2 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinne liegt vor, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht.

Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig (Abschnitt B Ziffer 6 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nur in Betracht, wenn der Arzt nicht vereinbarungsgemäß oder regelmäßig beigezogen, sondern für einen bestimmten Patienten im konkreten Fall angefordert wird.“

1.6 Ambulantes Operieren

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

1.7 Sonstige Auslegungsfragen zur GOÄ und analoge Bewertungen

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

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

1.7.1 Verzeichnis der Analogbewertungen

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten bei Asthma bronchiale, Hypertonie – einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung	33	300	17,49
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus	70	40	2,33
A 353	Einbringung des Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z. B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie	351	500	29,14
A 409	A-Bild-Sonographie	410	200	11,66
A 482	Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z. B. ACE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z. B. Unterkühlung)	832	158	9,21
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie oder Fußblock	476	380	22,15
A 618*	H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617*	341	19,88
A 619*	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtest, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen	615*	227	13,23
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalmittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotenziale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotenzial-EKG)	652	445	25,94
A 704	Analtometrie	1791	148	8,63
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EGK- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26
A 796*	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad-/Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650*	152	8,86
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	887	200	11,66

A 1006*	Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, das mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt, ggf. mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf, im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, Anlage 1c zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend, je Sitzung	5373*	1900	110,75
A 1007	Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation, einschließlich eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung, ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, ggf. einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend	424 plus 404 plus 406	700 plus 250 (Einfachsatz) plus 200 (Einfachsatz)	40,80 plus 4,57 plus 1,66
A 1008	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder direktionale Doppler-sonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse, ggf. zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend	649	650	37,89
	Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig. Voraussetzung für das Einbringen der Leistungen nach Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 ist der Nachweis der Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde oder der fakultativen Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation.			
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallsicht	1158	739	43,07
A 1387	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling. Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut und Glaskörper berechnungsfähig.	2551	7500	437,15
A 1387.1	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapieresistivem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation). Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.	2551 plus 2531	7500 plus 7500	437,15 plus 437,15
	Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1: Die Ausschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen – je nach Indikation – die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z. B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.			
A 1387.2	Macula-Rotation	1375	3500	204,01
A 1716	Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z. B. nach Sachse)	1802	739	43,07
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters, einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband	1833	237	13,81
A 3732*	Troponin-T-Schnelltest	3741*	200	11,66
A 3733*	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736*	120	7,00
A 3734*	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736*	120	7,00
A 3757*	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	3760*	70	4,08
A 4463*	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462*	230	13,41

A 7001	Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfenprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens.	1225	121	7,05
A 7002	Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden.	1200	59	3,44
A 7003	Quantitative Aniseikoniemessung, ggf. einschließlich qualitativer Aniseikonieprüfung	1226	182	10,61
A 7006	Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung	1227	248	14,46
A 7007	Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6	825	83	4,84
A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge	1249	484	28,21
A 7009	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratioskopie, ggf. an beiden Augen	415	300	17,49
A 7010	Laserscanning-Ophthalmoskopie	1249	484	28,21
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA)	423	500	29,14
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie	1229	182	10,61
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation	1227	248	14,46
A 7014	Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung	413	280	16,32
7015	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges	410	200	11,66
	für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung	420	80	4,66
A 7016	Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge	1212	132	7,69
A 7017	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits	424 plus 406	700 plus 200	40,80 plus 11,66
A 7018	Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge	1298	132	7,69
A 7019	Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung	1215	121	7,05
A 7020*	Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression	1257*	242	14,11
A 7021	Operative Reposition einer intraokularen Linse	1353	832	48,50
A 7022	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings	1326	1110	64,70
A 7023	Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laser-scanning Ophthalmoskopie	1217	242	14,11
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyκλο-Deviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test	1217	242	14,11
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (sog. Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	1480	86,27
A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse Eine Berechnung der Nr. 7026 neben einer Katarakt-Operation, z. B. nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in der gleichen Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z. B. der subluxierten Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.	1326	1110	64,70
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer	1217	242	14,11
A 7029	Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung	1366	1110	64,70

* Reduzierter Gebührenrahmen

1.7.2 Medizinisches Aufbautraining/Medizinische Trainingstherapie

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

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

1.7.3 Extrakorporale Stoßwellentherapie

Auf Grundlage eines Beschlusses der Bundesärztekammer kann die Extrakorporale Stoßwellentherapie bei den in Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 genannten Indikationen analog der Nr. 1800 GOÄ (je Sitzung, 1480 Punkte) berechnet werden. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Die Behandlung einer Pseudarthrose setzt auf Grund größerer Risiken zwingend besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Traumatologie voraus, die verbunden mit einem im Einzelfall höheren Schwierigkeitsgrad und überdurchschnittlichen Zeitaufwand Gebühren bis zum 3,5fachen Gebührensatz rechtfertigen können.

2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

2.1 Praxiskosten

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

Eine gesonderte Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ darf nur bei den in § 6 Abs. 1 GOZ ausdrücklich genannten Leistungen erfolgen. Eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ auch auf andere zahnärztliche Leistungen ist gemäß § 1 Abs. 1 GOZ ausgeschlossen (vgl. Beschluss des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg vom 19.04.1999 – 4 S 3178/98).

2.2 Bemessung der Gebühren

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nr. 1.1 entsprechend.

Gemäß § 87 a SGB V in der Fassung des GKV-Reformgesetzes 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I. S. 2626) sind Mehrkosten für lichthärtende Kompositfüllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes berechnungsfähig. Entsprechendes gilt für die Angemessenheit diesbezüglicher Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 BfV.

2.3 Gebühren für andere Leistungen

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

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

2.4 Analoge Bewertungen

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

2.5 Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der GOZ

2.5.1 Mit der Nr. 203 GOZ sollen besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgegolten werden. Es handelt sich um Maßnahmen (z. B. Separieren oder Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillen einer übermäßigen Papillenblutung), die das Füllen oder Präparieren von Kavitäten erleichtern oder sogar erst ermöglichen. Bei Durchführung mehrerer Einzelmaßnahmen an einem Behandlungstag kann die Gebühr nach Nr. 203 GOZ nur einmal in Ansatz gebracht und damit als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. Urteil des VG Augsburg vom 21.09.2000 – Au 2 K 99.1110 – und Beschluss des Bayer. VGH vom 19.12.2000 – 3 ZB 00.3216 – sowie das Urteil des Bayer. VGH vom 07.10.1993 – 3 B 92.2652). Ein mehrfacher Ansatz der Nr. 203 GOZ für Besonderheiten sowohl beim Präparieren als auch beim Füllen von Kavitäten ist ebenfalls nicht möglich. Die Nr. 203 GOZ kann nur in Verbindung mit Füllungen und Kronen berechnet werden.

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

2.5.3 Bei Inlays ist die temporäre Versorgung der Kavität zwischen Präparieren der Kavität und Eingliedern der endgültigen Einlagefüllung Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 215 bis 217 GOZ. Daneben können Gebühren nach den Nrn. 227, 228 oder 202 GOZ nicht berechnet werden (vgl. Urteil des BGH vom 13.05.1992 – IV ZR 213/91).

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

2.5.5 Für das Einbringen und Entfernen der Membran im Rahmen der gesteuerten Geweberegenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration, GTR) kann die Nr. 413 GOZ analog als Komplexgebühr oder die Nrn. 412 und 411 GOZ analog jeweils als gesonderte Gebühr für das Einbringen und Entfernen der Membran berechnet werden. Die Kosten für die Membranen (Manschetten) können gesondert berechnet werden.

2.5.6 Neben der Nr. 504 GOZ ist die Nr. 508 GOZ nicht berechenbar. Der Sekundärteil einer Teleskopkrone ist kein Verbindungselement im Sinne der Nr. 508 GOZ (vgl. u. a. Urteil des BVerwG vom 30.05.1996 – 2 C 10.95).

2.5.7 Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ können quartalsmäßige Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung (vgl. Rundschreiben des BMI vom 19.05.1988, GMBl. S. 311).

Die Leistungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ als angemessen angesehen werden (vgl. Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 24.03.1997 – 3 B 95.1895).

- 2.5.8 Die Berechnung der Nr. 619 GOZ kommt grundsätzlich nur bei einer kieferorthopädischen Behandlung in Betracht. Für notwendige Beratungen und Gespräche im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung stehen dem Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 1 GOZ die entsprechenden Gebühren nach der GOÄ zur Verfügung.
- 2.5.9 Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nrn. 215 bis 217 GOZ), Kronen (Nrn. 220 bis 222 GOZ), Brücken (Nrn. 500 bis 504 GOZ) und Prothesen (Nrn. 520 bis 523 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 222, 504 und 523 GOZ auch die Relationsbestimmung bzw. die Bestimmung der Kieferrelation. Deshalb dürfen in zeitlichem Zusammenhang mit diesen Leistungen keine Gebühren aus dem Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der GOZ (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden.
- 2.5.10 Nummer 3 GOÄ ist neben Nummer 001 GOZ berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungs-, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; die Abrechnungsbestimmung zu Nummer 3 GOÄ ist jedoch zu beachten.
- 2.5.11 Nummer 5 GOÄ ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der GOZ enthalten ist.
- 2.6 Besondere Auslegungsfragen zur GOZ

Die einvernehmlichen Beschlüsse des bei der Bundeszahnärztekammer eingerichteten „Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen“ sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Beschluss Nr. 1 vom 07.05.2001:

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

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

Beschluss Nr. 2 vom 07.05.2001:

Nr. 900 GOZ – Implantate, Analyse/Vermessung

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

Beschluss Nr. 3 vom 07.05.2001:

Nr. 902 GOZ – Messschablone

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

Beschluss Nr. 4 vom 07.05.2001:

Nr. 904 GOZ – Implantate freilegen

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

Beschluss Nr. 5 vom 07.05.2001:

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

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

Beschluss Nr. 6 vom 07.05.2001:

Nr. 905 GOZ – Implantate, Sekundärteil auswechseln bei bestehender prothetischer Versorgung

Die Leistung nach der Nr. 905 GOZ ist pro Implantatpfosten und je Sitzung bei einem Wechselvorgang oder Austausch einmal berechenbar.

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

Beschluss Nr. 7 vom 07.05.2001:

Nr. 2730 GOÄ – Alveolarfortsatz, Lagerbildung für Aufbau

Die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbetts löst keine eigene Gebührenposition aus.

Beschluss Nr. 8 vom 07.05.2001:

Implantate, Verschraubungen

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

3. Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern bestimmt sich nach § 5 Abs. 1 Satz 3 BhV. Danach sind derartige Aufwendungen angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des GebüH (herausgegeben 1985, Neuauflage in Euro zum 01.01.2002), jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen. Eine Leistungsübersicht des GebüH und die beihilfefähigen Höchstbeträge sind in Nr. 3.2 aufgeführt. Erläuternd ist dabei anzumerken:

- Sind unter einer GebüH-Nr. verschiedene Leistungen aufgeführt, die in der GOÄ mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, ist der beihilfefähige Betrag in der Reihenfolge der Leistungsaufzählung untergliedert in A, B etc..
 - In die GOÄ nicht aufgenommene Leistungen wurden – soweit möglich – analog bewertet oder mit Anmerkungen versehen, die z. B. auf die wissenschaftlich nicht allgemeine Anerkennung nach § 6 Abs. 2 BhV hinweisen.
- 3.1 Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) wurde von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland 1985 herausgegeben (Neuauflage in Euro zum 01.01.2002) und ist im Folgenden aufgeführt:

Einführung

Heilpraktiker üben ihren Beruf eigenverantwortlich aus und zählen zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG.

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

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

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

Allgemeine Grundsätze

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

- a) Vor- und Zuname sowie die vollständige Adresse des Patienten
- b) die vollständige Diagnose

Hierbei sind für alle im entsprechenden zeitlichen Zusammenhang durch den Heilpraktiker festgestellten und/oder behandelten Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen die entsprechenden Diagnosen in nachvollziehbarer Form anzugeben, so dass sich ein erkennbarer Zusammenhang zu allen Behandlungsmaßnahmen sowie den verordneten oder verwendeten Arzneimitteln ergibt.

- c) jede Einzelleistung mit der entsprechenden GebüH-Nr.
- d) jeder Einzelbetrag der entsprechenden Leistung
- e) jeder Leistungskomplex mit dem entsprechenden Datum

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

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

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

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

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sind nicht gesondert berechnungsfähig:

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

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

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

Inhaltsverzeichnis

A

Aderlass	26.2
Aerosolanwendung	23
Akupunktur	21
Aknepusteln, Entfernung von	31.2
Atemtherapie	20.1
Attest	11
Augenhintergrundspiegelung	14.2
Augenvordergrunduntersuchung	14.1
Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes	3

B

Bäder, medizinische	36
Baunscheidt-Behandlung	27.11
Begasung von Extremitäten	30.2
Beratung	5
Beratung außerhalb der Sprechstunde	6
Beratung an Sonn- und Feiertagen	8
Beratung bei Nacht	7
Bestrahlungen	39.1-2
Biersche Stauung	27.12
Bindegewebssmassage	20.3

Bioelektronische Diagnostik	16.3
Blutausstrichdifferenzierung	12.10
Blutegelbehandlung	27.1
Blutentnahme	26.1
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	12.12
Blutstatus	12.7
Blutuntersuchungen, sonstige	13
Blutwäsche	25.11
Blutzuckerbestimmung	12.8
C	
Cantharidenpflasterbehandlung	27.8
Carzinochrom-Reaktion	12.5
Chemische Untersuchung	12.13
Chemische Untersuchung, aufwendig	12.14
Chemogramm	12.13
Chiropraktik	34.1-2
D	
Diätplan	11.3
E	
Eigenblutinjektion	24.1
Eigenharninjektion	24.2
Einreibungen zur Therapie	20.8
EKG	14.6-7
Elektroneuraldiagnostik	16.1
Elektrophysikalische Methoden	39
Elektrobäder	37.4-5
Enzymdiagnostik	12.14
Erstuntersuchung	1
Erythrozytenzählung	12.11
F	
Fangopackungen	38.1
Fontanellen, Setzen von	27.7
G	
Gefäßdoppler-Untersuchung	14.10
Grundumsatzbestimmung nach Read	14.3
Grundumsatzbestimmung mittels Atmungsuntersuchung	14.4
H	
Hämoglobinbestimmung	12.9
Harnuntersuchung	12.1-4
Hausbesuch	9
Hausbesuch als Eilbesuch	9.2
Hausbesuch bei Tag	9.1
Hausbesuch nachts und sonntags	9.3
Hausbesuch, Nebengebühren	10
Hautwiderstandsmessung	16.4
Heilmagnetische Behandlungen	18.1-2
Heißluftbäder	37.1-3
Herz-Kreislaufuntersuchungen	14.9
Homöopathie, klassische Repert.	2
HOT-Behandlung	25.11
Hydrotherapeutische Anwendungen	36
I	
Infiltration, paravertebrale	28
Infusion	25.7-8
Inhalation	22
Injektion	25
K	
Kirlian-Fotografie	15.1
Kneipp'sche Anwendungen	36.4
Krankheitsbescheinigung	11.1-2
Kristallographie	12.15
Kurplan/Diätplan	11.3

L	
Leukozytenzählung	12.11
Lichtbäder	39.1-2
Lungenkapazität, Prüfung der	14.5
Lymphdrainage	20.6
M	
Magnetfeldtherapie	39.10
Massagen	20
Medico-mechanische Apparate, Beh.	20.7
Mikroskopische Untersuchungen	12.13
N	
Nervenzpunktmassage	20.2
Neuraltherapie	25.6
Neurologische Untersuchungen	17
O	
Ohrspülung	30.1
Osteopathie	35.1-6
Oszillogramm-Methoden	14.8
Ozoninjektion	25.9-10
P	
Paravertebrale Infiltration	28
Paraffin-Packungen	38.2-3
Pflasterverbände	33.2
Photoaufnahmen zur Diagnose	15.1-2
Photometrie	12.15
Prießnitzpackungen	38.4
Psychotherapeutische Behandlungen	19.1-8
Pustulieren	27.10
Q	
Quaddelbehandlung	25.4
R	
Reizstromtherapie	39.12
Reiztherapie, Intracutane	25.4
Repertorisation, klass. Homöopathie	2
Roedersche Behandlung	29
S	
Sauerstoffinhalation	23
Saugapparate, Behandlung mit	27.6
Segmentdiagnostik	16.2
Skarifikation der Haut	27.2
Sondermassagen	20.6
Spirometrische Untersuchungen	14.5
Sprachstörungen, Behandlung von	19.7
Sch	
Schlendbäder und -packungen	36.1/38.4
Schrägbettbehandlung	20.6
Schriftliche Auslassungen	11
Schröpfen	27.3-4
T	
Teilmassage	20.4
U	
Ultraschallbehandlungen	39.13
Untersuchung, eingehende	1
Unterwassermassage	20.6
Urinuntersuchung	12.1-4
V, W	
Verbände	33
Wiederholungsverordnung	3
Wundversorgung	32

3.2 Leistungsübersicht des GebüH und beihilfefähige Höchstbeträge gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 BhV

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
1 – 10	Allgemeine Leistungen			
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,30 bis 20,50	12,30	
2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie	15,40 bis 41,00	15,40	
3	Kurze Information , auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung , als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	bis 4,50	3,20	
4	Eingehende Beratung , die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, ggf. einschließlich einer Untersuchung Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 4 wird nur als alleinige Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.	16,40 bis 22,00	16,40	
5	Beratung , auch mittels Fernsprecher, ggf. einschließlich einer kurzen Untersuchung Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 5 wird nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.	8,20 bis 20,50	8,20	
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	17,00 bis 24,50	14,80	
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	19,50 bis 28,50	19,50	
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Nr. 6 bis 8 Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfindend und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.	15,40 bis 27,00	15,40	
9	Hausbesuch einschließlich Beratung			
9.1	bei Tag	21,50 bis 29,50	21,50	
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	24,00 bis 32,00	24,00	
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	27,50 bis 36,50	27,50	
10	Nebengebühren für Hausbesuche Wenn der Heilpraktiker außerhalb seiner Praxis tätig sein muss, so hat er Anspruch auf Entschädigung für den Zeitaufwand während seiner Abwesenheit oder für den zurückgelegten Weg. Liegt der Ort der Behandlung bis zu 2 Kilometer von der Praxis entfernt, dann beträgt das Wegegeld :		siehe § 8 und § 9 GOÄ	
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag	bis 5,50		
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht Das Wegegeld wird ersetzt bei einer Entfernung von 2 bis 25 Kilometern :	bis 10,50		
10.3	durch Erstattung der Auslagen für öffentliche Verkehrsmittel			
10.4	durch besondere Vereinbarung mit dem Patienten, wie Gestellung eines Transportmittels. Hierbei besteht nur Anspruch auf Vergütung der Zeitversäumnis. Bei Benutzung des eigenen Fahrzeuges für den zurückgelegten Kilometer			
10.5	bei Tag	bis 1,25		
10.6	bei Nacht	bis 2,50		

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden <i>Anmerkung:</i> Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.	bis 0,25		
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Anrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.	10,50 bis 20,50		
11	Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen			
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten	3,60 bis 15,50	3,60	Bescheinigung
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A 4 engzeilig maschinengeschrieben)	10,30 bis 20,50	10,30	
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen <i>Anmerkung:</i> Die Vervollständigung vorgefertigter Diätpläne ist nicht berechnungsfähig.	10,50 bis 26,00	9,40	
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen			
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung:</i> Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes ist nicht berechnungsfähig	bis 3,10	3,10	
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker usw.)	bis 4,60	4,60	
12.4	Harnuntersuchung, nur sediment	bis 4,60	4,60	
12.5	Carzinochrom-Reaktion (CCR)	bis 17,90	17,90	soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
12.7	Blutstatus (nicht neben Nr. 12.9, 12.10, 12.11)	bis 18,00	12,10	
12.8	Blutzuckerbestimmung	bis 8,00	2,70	
12.9	Hämoglobinbestimmung	bis 5,50	4,10	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	bis 7,70	7,70	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	bis 5,50	A 4,10 B 1,40	GOÄ-Nr. 3550 GOÄ-Nr. 3551
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	bis 6,00	4,10	
12.13*)	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung	bis 9,50	6,70	
12.14*)	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang (z. B. Enzymdiagnostik, Nierenchemie, Blutserumchemie, Stuhlchemie, Elektrolyse, Elektrophorese, Fermentchemie, pro Einzeluntersuchung)	bis 10,50	8,10	gilt abschließend auch für sonstige Laborleistungen; eine analoge Heranziehung des Abschnitts M der GOÄ ist nicht zulässig
12.15*)	Kristallographie, Photometrie, pro Einzeluntersuchung <i>*)Anmerkung:</i> Die Art der Untersuchung bei Nr. 12.13, 12.14 oder 12.15 ist anzugeben.	bis 10,50	5,40	Kristallographie nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
13	Sonstige Untersuchungen			
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z. B. pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.	10,50 bis 31,00	8,10	
14	Spezielle Untersuchungen			
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes	5,20 bis 10,50	5,20	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 berechnet werden. Leistungen nach Nr. 14.1 und 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.	5,20 bis 10,50	5,20	
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,20 bis 8,00	5,20	nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 erstattungsfähig
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	10,30 bis 26,00	10,30	
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	10,50 bis 20,50	8,00	
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	26,00 bis 51,50	26,00	
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	20,50 bis 31,00	A 16,00 B 20,50	GOÄ-Nr. 650; bis zu 8 Ableitungen GOÄ-Nr. 651; ab 9 Ableitungen
14.8	Oszillogramm-Methoden	5,20 bis 25,50	5,20	
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen Anmerkung zu Nr. 14.9: Nicht neben Nr. 1 oder 4 berechenbar.	10,50 bis 25,50	9,80	
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessung	bis 11,30	11,30	
15	Photoaufnahmen			nicht beihilfefähig: nach § 4 Abs. 3 GOÄ nicht gesondert berechenbar, da Kosten mit der Gebühr der Grundleistung abgegolten sind.
15.1	Photoaufnahmen zu diagnostischen Zwecken, Aufnahmen schwarz/weiß (pro Augenpaar)	5,50 bis 15,50		
15.2	Vergrößerungen sowie Farbaufnahmen werden zum handelsüblichen Preis berechnet Anmerkung: Photographische Aufnahmen der Iris oder andere photographische Aufnahmen, die zu diagnostischen Zwecken notwendig sind, sind zuvor mit dem Patienten zu vereinbaren. Photoaufnahmen, die Studienzwecken des Heilpraktikers dienen, kommen nicht zur Berechnung.			
16	Bioenergetische Verfahren			
16.1	Elektro Neural-Diagnostik	10,50 bis 26,00	nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV	
16.2	Segmentdiagnostik, Maximaldiagnostik u. a.	5,20 bis 20,50	5,20	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar
16.3	Bioelektrische Funktionsdiagnostik	15,50 bis 41,00	nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV	
16.4	Hautwiderstandsmessungen Anmerkung: Art und Ziel der Untersuchung sind anzugeben.	5,20 bis 26,00	5,20	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
17	Neurologische Untersuchungen			
17.1	Neurologische Untersuchung Anmerkung: Die neurologische Untersuchung wird grundsätzlich nur durchgeführt, wenn sie für den Heilzweck oder für die Sicherung der Diagnose oder die Beobachtung des Heilungsverlaufes erforderlich erscheint.	5,20 bis 26,00	5,20	nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar
18 – 23	Spezielle Behandlungen			
18	Heilmagnetische Behandlungen			nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
18.1	Einfache heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie nicht das gewöhnliche Maß einer Behandlung in zeitlicher Hinsicht überschreiten	5,50 bis 10,50		
18.2	Heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie in zeitlicher Hinsicht das gewöhnliche Maß überschreiten	8,00 bis 26,00		
19	Psychotherapie			nicht beihilfefähig gemäß Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV
19.1	Psychotherapie von halbstündiger Dauer	15,50 bis 26,00		
19.2	Psychotherapie von 50 – 90 Minuten Dauer	26,00 bis 46,00		
19.3	Ausstellung eines psychodiagnostischen Befundes	15,50 bis 38,50		
19.4	Psychotherapeutisches Gutachten je zweizeiliger Schreibmaschinenseite	bis 15,50		
19.5	Psychologische Exploration mit eingehender Beratung	15,50 bis 46,00		
19.6	Anwendung und Auswertung von Testverfahren (TAT, TUA, Rorschach usw.)	15,50 bis 38,50		
19.7	Behandlung von Störungen der Sprechorgane je Sitzung Anmerkung: Die Honorare für eine ausgedehnte Spezialbehandlung von Sprechangst-Neurosen (Stottern), Honorare für spezielle ausgedehnte Sprechlehre, Kurse der Entwöhnungsbehandlung usw. sind besonders zu vereinbaren	10,50 bis 31,00		
19.8	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	15,50 bis 26,00		
20	Atemtherapie, Massagen			Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	13,00 bis 31,00	9,00	
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u. a. Spezialnervenzpunktmassage	8,00 bis 15,50	6,90	
20.3	Bindegewebsmassage	8,00 bis 20,50	6,90	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	5,50 bis 10,50	4,80	
20.5	Großmassage	10,50 bis 18,00	6,90	
20.6	Sondermassagen Unterwasserdruckstrahlmassage, Lymphdrainage, Schrägbettbehandlung u. a.)	10,50 bis 20,50	A 9,90 B 6,90 C 6,90	GOÄ-Nr. 527 GOÄ-Nr. 523 GOÄ-Nr. 516
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medico-mechanischen Apparaten	10,50 bis 26,00	7,40	
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	5,50 bis 8,00	4,80	
21	Akupunktur			
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	10,30 bis 26,00	10,30	
21.2	Moxibustionen, Elektroakupunktur, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	5,20 bis 15,50	5,20	soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
22	Inhalationen			
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaturen in der Sprechstunde ausgeführt werden	5,50 bis 13,00	4,00	
23	Aerosole			
23.1	Anwendung von Aerosolen mit Kompressor, Preßluft- bzw. Sauerstoffapparat	5,20 bis 15,50	5,20	soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
24 – 30	Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren			
24	Eigenblut		soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen	
24.1	Eigenblutinjektion	10,30 bis 13,00	10,30	
24.2	Eigenharninjektion	5,20 bis 13,00	5,20	
25	Injektionen, Infusionen			
25.1	Injektion, subkutan	bis 5,20	5,20	
25.2	Injektion, intramuskulär	bis 5,20	5,20	
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	bis 7,70	7,70	
25.4	intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) pro Sitzung	7,20 bis 13,00	7,20	
25.5	Injektion, intraartikulär	5,20 bis 15,50	5,20	
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	7,70 bis 26,00	7,70	
25.7	Infusion	bis 8,70	8,70	
25.8	Dauertropfinfusion	bis 12,80	12,80	
	Anmerkung: Für die bei Infusionen ggf. eingebrachten Medikamente werden nur die nachweisbaren Eigenkosten, unter Angabe von Art und Menge der verbrauchten Präparate, von den Leistungsträgern erstattet.			
25.9	Gasgemischinjektionen (z. B. Ozon oder Sauerstoff), intramuskulär	7,70 bis 13,00	7,70	soweit nicht nach Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
25.10	Gasgemischinjektionen, intraarteriell	13,00 bis 26,00	10,80	
25.11	HOT-Behandlung (Hämatogene Oxidationstherapie)	26,00 bis 51,50	nicht beihilfefähig	vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
26	Blutentnahmen			
26.1	Blutentnahme	bis 3,60	3,60	
26.2	Aderlass	bis 12,80	12,80	
27	Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren			
27.1	Setzen von Blutegehn, ggf. einschließl. Verband	10,50 bis 31,00	5,90	
27.2	Skarifikation der Haut	5,50 bis 10,50	4,70	
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,20 bis 8,00	5,20	
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	10,50 bis 20,50	5,90	
27.5	Schröpfkopfmassage einschließl. Gleitmittel	5,20 bis 10,50	5,20	
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	10,50 bis 26,00	5,90	
27.7	Setzen von Fontanellen	5,20 bis 15,50	5,20	
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,20 bis 10,50	5,20	
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nr. 27.8)	5,20 bis 10,50	5,20	
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,20 bis 10,50	5,20	
27.11	Baunscheidtieren	10,30 bis 20,50	10,30	
27.12	Biersche Stauung	5,20 bis 8,00	5,20	
28	Infiltrationen			
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	7,70 bis 15,50	7,70	
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	10,30 bis 20,50	10,30	
29	Roedersches Verfahren			
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	8,00 bis 15,50	5,90	
30	Sonstiges			
30.1	Spülung des Ohres	8,00 bis 15,50	6,10	
30.2	Anwendung der Beutelbegasung für ganze Extremitäten mit Ozon oder Sauerstoff	10,30 bis 36,00	10,30	soweit nicht nach Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
31	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes			
31	Abszesse u. a.			
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	5,20 bis 13,00	5,20	
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	5,20 bis 10,50	5,20	

GebÜH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
32	Versorgung einer frischen Wunde			
32.1	bei einer kleinen Wunde	5,20 bis 10,50	5,20	
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	10,30 bis 15,50	10,30	
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)			
33.1	Verbände, jedesmal	5,20 bis 15,50	5,20	
33.2	elastische Stütz- und Pflasterverbände	5,20 bis 15,50	5,20	
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband	5,20 bis 13,00	5,20	
	Anmerkung: Materialien kommen zum Gestehungspreis zur Berechnung.			
34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung			
34.1	Chiropraktische Behandlung	10,50 bis 18,00	5,00	
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule	15,40 bis 19,00	15,40	
	Anmerkung: Bei einem mehr als dreimaligen gezielten Eingriff an der Wirbelsäule kann der Leistungsträger eine Begründung verlangen.			
35	Osteopathische Behandlung			
35.1	des Unterkiefers	7,70 bis 15,50	7,70	
35.2	des Schultergelenkes	15,40 bis 26,00	15,40	
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	15,40 bis 26,00	15,40	
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	5,20 bis 15,50	5,20	
35.5	des Daumens	5,20 bis 13,00	5,20	
35.6	einzelner Finger und Zehen	5,20 bis 13,00	5,20	
36	Hydro- und Elektrotherapie			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
	Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen			
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	5,20 bis 15,50	5,20	
36.2	Leitung eines ansteigendes Teilbades	5,50 bis 8,00	4,90	
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	7,70 bis 23,00	7,70	
36.4	Kneippsche Güsse	5,50 bis 8,00	4,90	
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
37.1	Teilheißluftbad, z. B. Kopf oder Arm	5,50 bis 8,00	3,50	
37.2	Ganzheißluftbad, z. B. Rumpf oder Beine	8,00 bis 10,50	5,40	
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,20 bis 10,50	5,20	
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	8,00 bis 13,00	4,90	
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	7,70 bis 13,00	7,70	
38	Spezialpackungen			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
38.1	Fangopackungen	8,00 bis 15,50	3,70	
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	8,00 bis 15,50	3,70	
38.3	Paraffinganzpackungen	10,50 bis 23,00	3,70	
38.4	Kneipp'sche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	10,50 bis 31,00	3,70	
	Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder und Packungen evtl. unter Verwendung verschiedener Apparate werden nach vergleichbaren Positionen berechnet.			
39	Elektro-physikalische Heilmethoden			beihilfefähig (außer Nr. 39.10), wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
39.1	einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	5,50 bis 8,00	3,30	
39.2	Ganzbestrahlungen	7,70 bis 10,50	7,70	
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	5,50 bis 15,50	5,10	

GebÜH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	5,50 bis 10,50	5,10	
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	5,50 bis 8,00	4,20	
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	5,20 bis 10,50	5,20	
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	5,50 bis 15,50	3,90	
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	8,00 bis 18,00	3,90	
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	10,50 bis 20,50	nicht beihilfefähig	vgl. Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	5,50 bis 31,00	5,10	
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z. B. Jono-Modulator	5,50 bis 26,00	5,10	
39.13	Ultraschall-Behandlung	5,50 bis 15,50	4,70	

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4 Nr. 1

- Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel usw., die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden sowie kieferorthopädische Behandlung) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z. B. der Versorgungsverwaltung nach dem BVG. Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.
- 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 Buchstabe a bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. Festbeträge können gebildet werden für
 - Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
 - Hilfsmittel (§ 36 SGB V).
 Als Festbeträge gelten auch
 - die Vertragssätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V,
 - der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V,
 - der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V
 sowie
 - der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V.
- Satz 3 Buchstabe b erfasst die Fälle, in denen sich der dort genannte Versicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z. B. privatärztliche Behandlung durch einen Kassenarzt). Hätte der Behandler im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung zu erbringen gehabt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. Gehört der Behandler oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Behandlerkreis, findet § 5 Abs. 3 Sätze 3 und 4 Anwendung.
- Für Personen, die Leistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG oder hierauf Bezug nehmender Vorschriften erhalten, sowie für berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, ist Satz 3 nicht anzuwenden.

Zu Absatz 4 Nr. 2

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

Zu Absatz 4 Nr. 3

1 Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:

- 1.1 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
- 1.2 Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
- 1.3 Einkünfte aus selbstständiger Arbeit,
- 1.4 Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit,
- 1.5 Einkünfte aus Kapitalvermögen,
- 1.6 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
- 1.7 sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG.

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.

- 2 Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte keine Einkünfte mehr über 18.000 Euro und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze nach Nummer 3 nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr die Einkommensgrenze überschritten haben.
- 3 Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.

Zu Absatz 4 Nr. 4

Sofern der Ersatzanspruch nicht auf den Dienstherrn übergeht (vgl. Absatz 5), gilt das Rundschreiben vom 6. Juni 1980 – D III 6 – 213 103 – 4/13 – weiter.

Zu Absatz 4 Nr. 9

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

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

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

1. ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen und Leistungen eines Heilpraktikers. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden,
2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei-, Verbandmittel und dergleichen.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgrund § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind,
- b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Ausgenommen sind solche Arzneimittel, die nach den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch aufgrund von § 34 Abs. 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ausnahmsweise verordnet werden dürfen. Satz 2 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
3. eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister oder Podologen durchgeführt werden. Das Bundesministerium des Innern kann Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen festlegen,
4. Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3. Dabei kann das Bundesministerium des Innern für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,
5. Erste Hilfe,
6. die vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch;

die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), und zwar

- a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV, § 2 Abs. 2 KHEntG)
- b) Wahlleistungen
 - aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPfIV, §§ 16 und 17 KHEntG),
 - bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 BPfIV, §§ 16 und 17 KHEntG) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich
 - cc) andere im Zusammenhang damit berechnete Leistungen im Rahmen der Nummern 1 und 2.

Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind die Kosten für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung beihilfefähig,

7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muss überwiegen. Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. Bei einer Pflege durch Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegeröhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:
 - a) Fahrtkosten,

- b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegatten und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag),

8. eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu 6,00 Euro stündlich, höchstens 36,00 Euro täglich. Voraussetzung ist, dass
- die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (Nummern 6 und 10 Buchstabe a, §§ 7, 8 und 9 Abs. 7) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,
 - im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
 - keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann, und
 - die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person – ausgenommen allein Erziehende – nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist.

Dies gilt auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung. Die Aufwendungen im Todesfall der haushaltführenden Person (Buchstabe a) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig. Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Satz 3 genannten Personen sind – mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu 36,00 Euro täglich – nicht beihilfefähig.

9. Fahrten
- im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, ausgenommen eine Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reise,
 - als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
 - als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
 - zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationärsersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie zu einer stationären Krankenhausbehandlung bis zu einer Höhe von 200,00 Euro,
 - zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.

Dabei sind beihilfefähig Fahrtkosten bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung. Höhere Fahrtkosten sind nur beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. Bei Fahrten nach den Buchstaben b und c sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

- Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich. Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich beihilfefähig. Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
 - Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 5,50 Euro täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 9 Abs. 7 oder 9,
11. Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen,
12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,
13. eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel. Die Regelungen des § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Krankenkasse die Festsetzungsstelle tritt,
14. eine Sterilisation, die aufgrund einer Krankheit erforderlich ist.

(2) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode begrenzen oder ausschließen.

(3) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für bestimmte ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen, insbesondere der Kieferorthopädie, vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen.

(4) Werden Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 3 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von § 5 Abs. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 3 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind, beihilfefähig. Eine Komplextherapie wird von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht, dem auch Ärzte, Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen im Sinne von Absatz 1 Nr. 3 Satz 3 angehören müssen.

(5) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließen für

- Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden,
- unwirtschaftliche Arzneimittel,
- Heilbehandlungen und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis.

Zu § 6

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 1 Nr. 1

1 *Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.*

- 2 Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig.
Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne sowie der Nr. 002 des Gebührenverzeichnisses der GOZ beihilfefähig.
- 3 Die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind durch eine dem § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ entsprechende Rechnung des Zahnarztes oder Dentallabors nachzuweisen; sie sind im Rahmen der Nummer 1 der Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 beihilfefähig.
- 4 Das Seitenzahngebiet (Nr. 5 Satz 1 der Anlage 2) beginnt ab Zahn 4. Für die Größe der Brücke ist die Anzahl der nebeneinander liegenden, durch Brückenglieder zu ersetzenden Zähne maßgebend. Überschreitet die zu ersetzende Lücke die jeweilige Obergrenze von 3 bzw. 4 Zähnen, sind die hierauf entfallenden Material- und Laborkosten (Mehrkosten) nicht beihilfefähig.
Beispiel:
K = Krone (GOZ-Nummern 501 bzw. 502, 503, 504)
B = Brückenglied (GOZ-Nummer 507, je Einzelbrücke einmal berechenbar)
1. 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
K B B B K
Da die Obergrenze nicht überschritten wird, sind die Aufwendungen beihilfefähig.
2. 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
K B B B B K
Die für den Seitenzahnbereich bestehende Obergrenze wird überschritten. Die auf ein Brückenglied entfallenden anteiligen Material- und Laborkosten (Mehrkosten) sind nicht beihilfefähig.
3. 8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8
K B B B B K B B K
Es handelt sich im beihilferechtlichen Sinn um zwei Einzelbrücken, die die jeweils maßgebende Obergrenze von vier Zähnen nicht überschreiten. Die Aufwendungen sind beihilfefähig.
- 5 Voranerkennungsverfahren gemäß Nummern 2 und 3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1:
- 5.1 Die Festsetzungsstelle beauftragt einen vom Bundesministerium des Innern bestellten vertrauensärztlichen Gutachter (siehe Verzeichnis unter Nummer 5.6) mit der Erstellung eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung sowie mit der Bewertung der Angaben des Arztes oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeuten genannt) in den Formblättern 1 und 2 (siehe Nummer 5.7).
- 5.1.1 Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat er (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.
- 5.1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt 2a (siehe Nummer 5.7) den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz – PsychThG, BGBl. I 1998, S. 1311) einholen.
- 5.1.3 Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und ggf. das Formblatt 2a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilfeberechtigten/Patienten.
- 5.1.4 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit Formblatt 3 (siehe Nummer 5.7) einen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt 4 (siehe Nummer 5.7) und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),
b) das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie),
c) das Formblatt 4, in dreifacher Ausfertigung,
d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumsschlag.
- 5.1.5 Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach Formblatt 4 („Psychotherapie-Gutachten“) – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumsschlag der Festsetzungsstelle. Diese leitet eine Ausfertigung des „Psychotherapie-Gutachtens“ an den Therapeuten weiter.
- 5.1.6 Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen rechtmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt 5 (siehe Nummer 5.7).
- 5.2 Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen.
- 5.2.1 Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen „Erstbericht“ an den Gutachter auf Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden sollte.
- 5.2.2 Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilfeberechtigten/Patienten.
- 5.2.3 Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen vertrauensärztlichen Obergutachter (siehe Verzeichnis unter Nummer 5.6) mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),
b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumsschlag.
Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten.
Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in den Nummern 2.4.1 bis 2.4.4 und 3.4.1 bis 3.4.3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

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

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

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

5.4 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur gutachterlichen Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachtern und Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.

Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro und des Obergutachtens in Höhe von 82 Euro jeweils zuzüglich der Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, trägt die Festsetzungsstelle (Beihilfetitel).

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

5.6 Verzeichnis der vom Bundesministerium des Innern bestellten Gutachter und Obergutachter für Psychotherapie. (Aus Platzgründen wurde von einem Abdruck abgesehen.)

5.7 Formblätter aus Platzgünden nicht abgedruckt

Zu Absatz 1 Nr. 2

1 Grundsätzlich sind seit dem 1. August 2004 nur noch verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der Verordnung ausgeschlossen. Hierzu gehören insbesondere LifestyleArzneimittel zur Behandlung von erektiler Dysfunktion, Nikotinabhängigkeit, Verbesserung des Haarwuchses sowie Abmagerungsmittel, die in Anlage 8 der Richtlinie zu § 34 Abs. 1 n.F. SGB V explizit aufgeführt sind (www.g-ba.de).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zu Absatz 1 Nr. 3

1 Die in Satz 3 genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich anerkannte Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Rd. Erlass vom 30. Juli 1979, Nds. MBl. S. 1499) oder staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157) im Rahmen des Hinweises 3, Abschnitt VIII. (Logopädie) als beihilfefähig anerkannt werden. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.

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

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

2.1.1 Erweiterte ambulante Physiotherapie

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

2.1.1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

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

2.1.1.2 Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen
- Osteotomien der großen Röhrenknochen

2.1.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit

- Schulterprothesen
- Knieendoprothesen
- Hüftendoprothesen

2.1.1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

- Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband)
- Schultergelenkläsionen, insbesondere nach:
operativ versorgter Bankard-Läsion,
Rotatorenmanschettenruptur,
schwere Schultersteife (frozen shoulder),
Impingement-Syndrom,
Schultergelenkluxation,
tendinosis calcarea,
periathritis humero-scapularis (PHS)
- Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss

2.1.1.5 Amputationen

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

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

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

- Krankengymnastische Einzeltherapie
- physikalische Therapie nach Bedarf
- medizinisches Aufbautraining

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

- Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
- Isokinetik
- Unterwassermassage

2.1.4 Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.

2.1.5 Die in Nr. 2.1.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.

2.2 Medizinisches Aufbautraining (MAT)

Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn

- das medizinische Aufbautraining von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
- Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
- jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird. Die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt. Hinsichtlich der Angemessenheit der Kosten siehe Anhang 1 zu Hinweis 8 zu § 5 Abs. 1 und Nr. 15 des Hinweises 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 BhV.

Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautraining entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

3 Für Heilbehandlungen eines Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Podologen, Masseurs oder Masseurs und medizinischen Bademeisters werden für die Angemessenheit der Aufwendungen nachstehende Höchstbeträge festgelegt. Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

lfd. Nr	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag EUR
I. Inhalationen¹⁾		
1	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Krankengymnastische Behandlung ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage –	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung ²⁾³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Behandlung ²⁾⁵⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen ²⁾	7,70
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ²⁾⁶⁾ , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik ⁷⁾ – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie ¹⁰⁾¹¹⁾ , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
15	Gerätgestützte 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. Glissonschlinge)	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-, Perioist-, Bürsten- und Colonmassage) ²⁾	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾	
	a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	8,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturregierung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30
22	a) Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – – bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) – bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	11,80
	Teilpackung	20,50
	Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung) – Anwendung von Lehm, Quark o. Ä. – Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	7,70
		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	
	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 –	32,80
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 sowie in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter Nummern 30a bis c und 31b angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 d beihilfefähig.	
	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 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 -besprechungen, 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 des Patienten und ggf. der Eltern, je 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 Teilnehmer	14,40
b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70

X. Sonstiges

53 Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
54 Fahrkosten (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 53 und 54 nur anteilig je Patient beihilfefähig.	

XI. Podologische Therapie¹³⁾

55 Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
56 Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
57 Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
58 Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
59 Podologische Komplexbehandlung an beiden Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
60 Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
61 Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
62 Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 61 abrechenbar); je Person	3,50

- 1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
- 2) Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- 3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
- 4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
- 5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
- 6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
- 7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.
- 8) Das notwendige Bindematerial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.
- 9) Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
- 10) Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden.
- 11) Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig
- 12) Die Leistungen der Nummern 4-6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden
- 13) Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

4 Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind die Aufwendungen für Heilbehandlungen nur beihilfefähig, sofern sie durch einen in Satz 3 genannten Behandler durchgeführt werden. Dabei gilt Folgendes:

- 4.1 Art und Umfang der durchgeführten Heilbehandlung sind nachzuweisen. Aufwendungen hierfür sind im Rahmen der im Hinweis 3 genannten Höchstbeträge beihilfefähig. Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.
- 4.2 Wird bei einer teilstationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig; Platzfreihaltegebühren sind damit nicht beihilfefähig.
- 4.3 Wird bei einer stationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig. Für die Kosten für Unterkunft und Verpflegung gilt Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b, für Platzfreihaltegebühren Hinweis 3 zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b.
- 4.4 Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, können z. B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagsschulen, Behindertenwerkstätten und die in Hinweis 2 zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b genannten Einrichtungen sein.

Zu Absatz 1 Nr. 4

- 1 Die in Nummer 6 der Anlage 3 genannten Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind medizinische Kompressionswadenstrümpfe, -(halb)schenkelstrümpfe, -strumpfhosen, -stumpfstrümpfe, -armstrümpfe sowie Narbenkompressionsbandagen, Ein- und Mehrkammergeräte und Befestigungshilfen (Hautkleber, Strumpfhaltersysteme, Leibteile, Leibgurte).

- 2 Das in Nummer 10 der Anlage 3 vorgesehene Einvernehmen gilt für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle allgemein als erteilt, wenn die Aufwendungen nicht mehr als 600,00 Euro betragen. Das Bundesministerium des Innern kann zu den Verzeichnissen der Nummer 1 sowie der Nummer 9 der Anlage 3 weitere nähere Erläuterungen geben. Es kann die Zuständigkeit nach Satz 2 auf eine andere Behörde übertragen, in diesem Fall bedarf die Herausgabe des Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern.
- 3 Aufwendungen für Hörgeräte nach Nummer 1 der Anlage 3 (einschließlich der Nebenkosten) sind bis zu einem Höchstbetrag von 1.025 Euro je Ohr beihilfefähig. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung sind daneben beihilfefähig.
- 4 Die Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind für maximal 6 Paar Schuhe pro Jahr anzuerkennen.
- 5 Aufwendungen für Sehhilfen sind grundsätzlich nur noch für Personen bis zum 18. Lebensjahr beihilfefähig. Ausnahmen hiervon sind in Nummer 12 der Anlage 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 geregelt.

5.1 Sehhilfen für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind unter Beachtung der Höchstsätze nach Nummer 11 beihilfefähig, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifizierung des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Eine schwere Sehbehinderung, die zur Versorgung zu Lasten der Beihilfe führen kann, liegt somit nur vor, wenn die Sehschärfe (Visus) auf jedem Auge maximal 0,3 beträgt. 0,3 bedeutet, dass der Patient aus drei Meter Entfernung das sehen kann, was ein Normalsichtiger aus zehn Meter Entfernung sehen kann. Besteht bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf einem Auge eine Sehleistung von $\leq 0,3$ (kleiner oder gleich 30 %), auf dem anderen bei bestmöglicher Korrektur eine Sehbehinderung von $> 0,3$ (größer als 30 %), besteht kein Leistungsanspruch. Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3 auf einem Auge allein reicht somit für einen Leistungsanspruch nicht aus.

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

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

– H 54.0 Blindheit beider Augen

Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

– H 54.1 Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges

Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung eines Auges, Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung des anderen Auges.

– H 54.2 Sehschwäche beider Augen

Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider Augen

Der Begriff „Sehschwäche“ in der Kategorie H54 schließt die Stufen 1 und 2 der nachfolgenden Tabelle ein, der Begriff „Blindheit“ die Stufen 3, 4, 5. Wenn die Größe des Gesichtsfeldes mitberücksichtigt wird, sollten Patienten, deren Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht größer als 10 Grad, aber größer als 5 Grad ist, in die Stufe 3 eingeordnet werden; Patienten, deren Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht größer als 5 Grad ist, sollten in die Stufe 4 eingeordnet werden, auch wenn die zentrale Sehschärfe nicht herabgesetzt ist.

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

– Erhebliche Gesichtsfeldausfälle

Einschränkungen des Sehvermögens im Hinblick auf das Sehumfeld, dabei wird unterschieden zwischen peripheren und zentralem Gesichtsfeldausfall. Nach fachärztlicher Bescheinigung können beihilfeseitig z. B. die Aufwendungen bei folgenden Indikationen

- Hemianopsie
 - Quadrantenanopsie
 - Skotom,
 - Tunnel- oder Röhrensehen
 - Maculadegeneration
- anerkannt werden.

Bei erneuter Beschaffung einer Sehhilfe ist immer eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die Indikation (Diagnoseschlüssel H54.0 bis H54.2) muss auf der Verordnung angegeben sein.

5.2 Therapeutische Sehhilfen

Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen gemäß Nummer 12 Satz 2 der Anlage 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 sind altersunabhängig und für alle Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit richtet sich dabei nach den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkasse über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung „Hilfsmittel-Richtlinien“), in denen die Indikationen für therapeutischen Sehhilfen festgelegt sind. Es gelten die für die Hilfsmittel vorgesehenen Abzugsbeträge.

Zu Absatz 1 Nr. 6

- 1 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 BpflV nicht anwenden. Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 vom Hundert dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.
- 2 Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die auf Grund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.
- 3 Die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ist durch den Pflegesatz nach der BpflV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 13,00 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung 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.
- 4 Nach § 14 Abs. 6 BpflV dürfen zusätzlich zu einer Fallpauschale Sonderentgelte, ein teilstationärer Pflegesatz für Dialysepatienten sowie bestimmte Zuschläge berechnet werden. Entsprechende Aufwendungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch für den Investitionszuschlag nach § 14 Abs. 8 BpflV, den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes sowie jeden Belegungstag bei Fallpauschalen berechnen. Beihilfefähig ist auch der Zuschlag (DRG-Systemzuschlag), der von Krankenhäusern nach dem Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der BpflV (DRG-Systemzuschlags-Gesetz vom 27. April 2001, BGBl. I S. 772) berechnet wird.
- 5 Aufwendungen für eine gemäß § 22 BpflV in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungstag sind nicht beihilfefähig.
- 6 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 23 BpflV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 22 BpflV beihilfefähig.
- 7 Zu vollstationären oder teilstationären Krankenhausleistungen zählen auch stationäre und teilstationäre Leistungen zur Rehabilitation, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen (Anschlussrehabilitation). 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.
- 8 Für die Vergleichsberechnung bei Behandlung in Privatkliniken sind grundsätzlich die Kosten für die dem Wohnort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik) ggf. einschließlich der Kosten für die Wahlleistung Unterbringung nach Buchst. b Doppelbuchst. bb heranzuziehen. Bei dem Kostenvergleich sind jeweils die Bruttobeträge (einschließlich Umsatzsteuer) gegenüberzustellen. Bei Anschlussrehabilitation ist ein diesbezüglicher Kostenvergleich nicht erforderlich.

Zu Absatz 1 Nr. 7

- 1 Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie ggf. der Behandlungspflege bedürfen:
 - a) Grundpflege zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
 - b) Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, das Beheizen.
 - c) Die Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen.Die ärztliche Bescheinigung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.
- 2 Bei einer häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspflegekraft sind die Aufwendungen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger beihilfefähig. Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine vom Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.

Durchschnittliche Kosten einer Krankenpflegekraft sind die monatliche feste Vergütung einer Angestellten in der VergGr. Kr. V der Anlage 1 b zum BAT (Endstufe der Grundvergütung, Ortszuschlag nach Tarifklasse II Stufe 2, Allgemeine Zulage, Pflegezulage, anteilige Zuwendung sowie anteiliges Urlaubsgeld zuzüglich der Arbeitgeberanteile); das Bundesministerium des Innern gibt den jeweiligen Höchstsatz bekannt. Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt werden. Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern.
- 3 Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 8

- 1 Die Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 sind auch dann insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt (Nummer 6) durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird; Entsprechendes gilt für allein stehende Beihilfeberechtigte. Nur geringfügig ist eine Erwerbstätigkeit dann, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt. Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Dies gilt auch in dem in Hinweis 3 Satz 3 zu Absatz 1 Nr. 6 geregelten Fall.
- 2 Ein besonderer Fall i.S. von Satz 3 liegt nur dann vor, wenn der Erkrankte nach stationärer Unterbringung die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht – auch nicht teilweise – wieder übernehmen kann.
- 3 Als allein Erziehende gelten Mütter oder Väter, die mit ihrem berücksichtigungsfähigen Kind, für das ihnen die Personensorge übertragen ist, in einem Haushalt leben.

Zu Absatz 1 Nr. 9

- 1 Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- 2 Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung können in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig sein. Diese Fahrten bedürfen dem Grunde nach der vorherigen Genehmigung der Festsetzungsstelle. Die Genehmigung der Fahrkosten zur Beihilfefähigkeit von ambulanten Behandlungen gilt als erteilt, wenn

- der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gebehinderung); „Bl“ (blind) oder „H“ (hilfflos) vorlegt oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweist,
- Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.

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

Zu Absatz 1 Nr. 10

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

Zu Absatz 1 Nr. 11

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

Zu Absatz 1 Nr. 13

- 1 Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 vom Hundert der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.

1.1 Behandlungsmethoden und Indikationen:

- a) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, ggf. nach Stimulation mit Antiöstrogenen,
Indikationen: somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukosinteraktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität
- b) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen,
Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität
- c) In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer),
Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
- d) Intrauteriner Gameten-Transfer (GIFT),
Indikationen: anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
- e) Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermias die Grenzwerte gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten.

1.2 Begrenzung der Versuchszahlen

- Insemination nach hormoneller Stimulation, IVF und ICSI bis zu 3 Versuchen
- Insemination im Spontanzyklus bis zu 8 Versuchen
- Intrauteriner Gameten-Transfer bis zu 2 Versuchen

Anspruch auf Neubeginn der Versuchszählung nach Geburt eines Kindes oder nach einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft.
Ein Versuch ist immer dann als beendet anzusehen, wenn dies medizinisch festgestellt wurde.

- 1.3 Anspruch auf Leistungen der künstlichen Befruchtung besteht nur für weibliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. Für männliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige besteht ein diesbezüglicher Anspruch von der Vollendung des 25. bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Die maßgebliche Altersgrenze für beide Partner muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. Liegt nur bei einem die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.
- 2 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Außerdem sind Aufwendungen für die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig.
- 3 Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorher gehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.
- 4 Hinsichtlich der Zuordnung der Aufwendungen der ICSI und der IVF-Behandlungen gilt das Kostenteilungsprinzip:
 - Bei der IVF entstehende Aufwendungen (einschl. Hormonbehandlung) sind der Frau zu zuordnen.
 - Bei der ICSI sind die Aufwendungen, die über die IVF hinausgehen, dem Mann zu zurechnen.

Zu Absatz 1 Nr. 14

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

Zu Absatz 2

1 Völliger Ausschluss

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

A

- Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z. B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- 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
- Bioresonatorentests
- Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- Bogomoletz-Serum
- Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Prof. Barraquer
- Bruchheilung ohne Operation

C

- Chelat-Infusionstherapie
- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- Cytotoxologische Lebensmitteltests

E

- Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- Elektro-Neural-Diagnostik

F

- Frischzellentherapie

G

- Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrischheil-magnetischer 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)
- Immunsereen (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)

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 des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Gegsensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

- Psycotron-Therapie
- Pulsierende Signaltherapie (PST)
- Pyramidenenergiebestrahlung

R

- 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

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

- **Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung**
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. In Zweifelsfällen ist eine Bestätigung durch einen Gutachter einzuholen.
 - **Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT)**
Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea (Kalkschulter) oder der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach GOÄ-Ziffer 1800 beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.
 - **Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)**
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.
 - **Klimakammerbehandlungen**
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
 - **Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur**
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z. B. mit Aludrin.
 - **Magnetfeldtherapie**
Die Therapie mit Magnetfeldern ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophen Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.
 - **Ozontherapie**
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
 - **Prostata-Hyperthermie-Behandlung**
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.
 - **Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)**
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z. B. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 des Hinweises 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 zugeordnet.
 - **Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten**
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.
- 3 Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.

Zu Absatz 4

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

Anlage 1
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

**Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen
und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**

1. Allgemeines

1.1 Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

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

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

2 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

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

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

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

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

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

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

2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer aner-

kann werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.5 bei einer tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. Abweichungen bedürfen der Begründung. Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.

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

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

2.4.2.2 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
– zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
– in das Arztregister eingetragen sein oder
– über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Verhaltenstherapie

3.1 Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn
– die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und

– beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und

– die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

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

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50minütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. 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 aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,

- *Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,*
- *seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,*
- *seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. schicksalhafte psychische Traumen),*
- *seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,*
- *seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen – besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden – erkennen lassen.*

3.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung

- 40 Sitzungen,
- bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen 50 Sitzungen nicht überschreiten.

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

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

3.4.2.1 *Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychTG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.*

3.4.2.2 *Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er*

- *zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder*
- *in das Arztregister eingetragen sein oder*
- *über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.*

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

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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

4 Psychosomatische Grundversorgung

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

4.1 *Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:*

- *bei verbaler Intervention als einzige Leistung 25 Sitzungen;*
- *bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;*
- *bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.*

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

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

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

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

5 Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heileurhythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, neuropsychologische Behandlung.

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

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

Anlage 2
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

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

1. Zahntechnische Leistungen

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

2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

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

3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

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

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

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

4. Implantologische Leistungen

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

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

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

5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet beihilfefähig. Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselementen, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen, beihilfefähig.

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

6. Wartezeit für Beamte auf Widerruf

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

7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

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

Anlage 3
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV)

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

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

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

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

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

Dekubitus-Schuttmittel (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
Druckbeatmungsgerät
Duschsitz/-stuhl

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

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

Gehgipsgalosche
Gehhilfen und -übungsgeräte
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien
Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)
Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)
Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
Gipsbett, Liegeschale
Glasstäbchen
Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz
Gummistrümpfe

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

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
Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
Klumpfußschiene
Klumphandschiene
Klyso
Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-*paretischen* Kindern
Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
Kniepolster/Knieputscher bei Unterschenkelamputation
Knöchel- und Gelenkstützen
Körperersatzstücke einschl. Zubehör
Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
Koordinator nach Schielbehandlung
Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
Kopfschützer
Krabbler für Spastiker
Krampfadernbinde
Krankenfahrstuhl mit Zubehör
Krankenstock
Kreuzstützbandage
Krücke

Latextrichter bei Querschnittlähmung
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
Lesegeräte für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen

Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
Lifter (Krankenslifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
Lispelsonde

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

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Haltemanschetten usw.
Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen

Pavlikbandage
Penisklemme
Peroneausschiene, Heidelberger Winkel
Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung
Polarimeter

Quengelschiene

Reflektometer
Rektophor
Rollbrett
Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen
Schede-Rad
Schrägliegebrett
Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte
Schwellstromapparat
Segofix-Bandagensystem
Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
Skolioseumkrümmungsbandage
Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
Sphinkter-Stimulator
Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
Spreizfußbandage
Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
Spritzen
Stehübungsgerät
Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
Strickleiter
Stubbies
Stumpfschuhhülle
Stumpfstrumpf
Suspensorium
Symphysen-Gürtel

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

Übungsschiene
Urinale
Urostomie-Beutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe
Wechseldruckgerät
Wright-Peak-Flow-Meter

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.
3. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.
4. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
5. Die innerhalb eines Kalenderjahres über 100,00 Euro hinausgehenden Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
6. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind beihilfefähig.
7. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512,00 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 Zweiterücke 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.
8. Aufwendungen für Erektionshilfen sind nicht beihilfefähig.
9. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 5 Abs. 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 6 Abs. 4 Nr. 3) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

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

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

Corolle-Schuh

Dusche

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

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

Ganter-Aktiv-Schuhe
(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

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

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

Katapultsitz
Katzenfell
Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 1 erfasst)
Knickfußstrumpf
Knoche Natur-Bruch-Slip

Kolorimeter
Kommunikationssystem
Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung
Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidekubitusbett)
Krankenunterlagen
Kreislaufgerät „Schiele“

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

Magnetfolie
Monophonator
Munddusche

Nackenheizkissen
Nagelspange Link

Öldispersionsapparat
Orthopädische Bade- und Turnschuhe

Prothesenschuh
Pulsfrequenzmesser

Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben
Rotlichtlampe
Rückentrainer

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

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

Übungsmatte
Umweltkontrollgerät
Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen

Waage
Wandstandgerät
WC-Sitz

Zahnpflegemittel
Zehenkorrektursandale
Zweirad für Behinderte

10. Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in dieser Anlage aufgeführt noch den aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern. Das Bundesministerium des Innern kann das Einvernehmen bei einzelnen Hilfsmitteln oder bei Gruppen von Hilfsmitteln allgemein erteilen. Soweit das Einvernehmen allgemein erteilt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen.
11. Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:
- 11.1 Sehhilfen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind beihilfefähig. Voraussetzung für die Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.
- 11.2 Aufwendungen für Brillen sind – einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
- 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 |
| Mehrstärkengläser: | für das sph. Glas | 72,00 Euro |
| | für das cyl. Glas | 92,50 Euro |
- b) bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt):
zuzüglich je Glas 21,00 Euro
- c) Dreistufen- oder Multifokalgläser:
zuzüglich je Glas 21,00 Euro
- d) Gläser mit prismatischer Wirkung:
zuzüglich je Glas 21,00 Euro.
- 11.3 Brillen mit besonderen Gläsern
- Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nr. 11.2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:
- 11.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser)
zuzüglich je Glas bis zu 21,00 Euro
- a) bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
b) bei Anisometropien ab 2 dpt,
c) unabhängig von der Gläserstärke
aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
bb) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
cc) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.
- 11.3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas bis zu 11,00 Euro
- a) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),
b) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
c) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
d) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
e) bei Ziliarneuralgie,
f) bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
g) bei totaler Farbenblindheit,
h) bei Albinismus,
i) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
j) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
k) bei Gläsern ab + 10 dpt,
l) im Rahmen einer Fotochemotherapie,
m) bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.
- 11.4 Kontaktlinsen
- 11.4.1 Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.
- 11.4.2 Sofern ein Ausnahmefall nach Nummer 11.4.1 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 Euro (sphärisch) und 230,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.
- 11.4.3 Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.
- 11.4.4 sind ferner neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen – im Rahmen der Nr. 11.2 und 11.3 – Aufwendungen für
- a) eine Reservebrille oder
b) eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinsen und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie.
- 11.5 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummer 11.2 und 11.3 (die Voraussetzungen der Nummer 11.3.1 entfallen),
b) für eine Brillenfassung bis zu 52,00 Euro.
- 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.
- 11.6 Im Übrigen sind Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
- a) sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
b) die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
c) sich die Kopfform geändert hat.
- 11.7 Aufwendungen für
- a) Brillenversicherungen und
b) Etuis
sind nicht beihilfefähig.
12. Beihilfefähig sind ferner nach schriftlicher Verordnung eines Augenarztes Sehhilfen nach Nummer 11 für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die unter folgenden Erkrankungen leiden:
- a) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0) oder
b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder
c) gravierende Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
d) erhebliche Gesichtsfeldausfällen
- Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in den nach § 33 Abs. 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Fällen beihilfefähig.
13. 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 a 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden, | 56,43 Euro |
| bb) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten Takt anteilig berechnet wird, | 44,87 Euro |
| cc) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels, | 0,30 Euro |
| dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist. | 26,00 Euro |
- 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 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 des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.
- Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

- (1) Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen
1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
 2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums und unter Minderung nach § 12 Abs. 1. Für Begleitpersonen schwerbehinderter Menschen, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist, dass
 - a) die Notwendigkeit einer Begleitperson behördlich festgestellt ist und
 - b) die Notwendigkeit ihrer Anwesenheit für eine Erfolg versprechende Behandlung durch das Sanatorium bestätigt wurde,
 3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
 4. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
 5. für den ärztlichen Schlussbericht und
 6. für die An- und Abreise in Höhe von 0,20 Euro je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200 Euro, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. Die Entfernungskilometer bestimmen sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Sanatorium zurückzulegenden Strecke. Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

- (2) Die Aufwendungen nach Absatz 1 – ausschließlich Nummer 1 – sind nur dann beihilfefähig, wenn
1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
 2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.
- (3) Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden
1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung,
 2. in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist; in diesen Fällen ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen,
 3. bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.
- (4) Sanatorium im Sinne dieser Vorschrift ist eine Krankenanstalt, die unter ärztlicher Leitung besondere Heilbehandlungen (z. B. mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie) durchführt und in der die dafür erforderlichen Einrichtungen und das dafür erforderliche Pflegepersonal vorhanden sind.

Zu § 7

Zu Absatz 1

1. *Bei einer anerkannten Sanatoriumsbehandlung gelten für die in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Heilbehandlungen die in den Hinweisen hierzu festgesetzten Höchstbeträge ebenfalls.*
2. *Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine Sanatoriumsbehandlung bis zu drei Wochen beihilfefähig. Ergibt sich im Verlauf der Sanatoriumsbehandlung, dass über den von der Festsetzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der Sanatoriumsbehandlung durch die Festsetzungsstelle auch auf Grund eines fachärztlichen Gutachtens des im Sanatorium behandelnden Arztes erfolgen.*
3. *Bei der Durchführung von Sanatoriumsbehandlungen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtung über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügt. Von diesem Grundsatz kann abgewichen werden, wenn im Einzelfall aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend erforderlich ist. Dies kann notwendig sein, wenn*
 - *wegen schwer wiegenden psychologischen Gründen eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der Sanatoriumsbehandlung gefährden würde, oder*
 - *wenn der Betroffene wegen einer schweren Behinderung, z. B. Blindheit, einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, oder*
 - *während der Sanatoriumsbehandlung eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.**Der behandelnde Arzt muss vor der beihilferechtlichen Anerkennung der Sanatoriumsbehandlung bestätigen, dass die Anwesenheit einer Begleitperson für den Erfolg der Behandlung dringend geboten ist.*
4. *Nach Nummer 5 sind die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts beihilfefähig. Der Schlussbericht soll bestätigen, dass die Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.*
5. *Bei einer Sanatoriumsbehandlung sind als Fahrkosten 0,20 Euro je Kilometer für die An- und Abreise höchstens jedoch insgesamt bis zu 200 Euro als beihilfefähig anzuerkennen. Dabei ist das benutzte Beförderungsmittel ohne Belang. Führen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur gleichen Zeit und in der selben Einrichtung gemeinsam eine Sanatoriumsbehandlung durch, zählt das als eine Fahrt; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.*

Zu Absatz 2

1. *Für den Anerkennungsbescheid nach § 7 Abs. 2 Nr. 2 kann folgendes Formblatt 7 verwendet werden. (Auf den Abdruck des Formblattes wurde aus Platzgründen verzichtet)*
2. *Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Sanatoriumsbehandlung nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 beihilfefähig.*

Zu Absatz 3

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

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

- (1) Aufwendungen für eine Heilkur sind nur beihilfefähig für Beamte und Richter (§ 2 Abs. 1 Nr. 1) mit Dienstbezügen, Amtsbezügen und Beamte mit Anwärterbezügen.
- (2) Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen
1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
 2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens drei Wochen bis zum Betrag von 16,00 Euro täglich, für notwendige Begleitpersonen von schwerbehinderten Menschen im Sinne von § 7 Abs. 1 Nr. 2 bis zum Betrag von 13,00 Euro täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 Euro täglich beziehungsweise 10,00 Euro täglich für die Begleitperson hinausgehen,
 3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
 4. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
 5. für den ärztlichen Schlussbericht und
 6. für die An- und Abreise nach § 7 Abs. 1 Nr. 6
- Sofern die Aufwendungen nach den Nummern 1 und 2 pauschal in Rechnung gestellt werden und für diese eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis unter Minderung nach § 12 Abs. 1 begrenzt.
- (3) Die Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn
1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere

Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes, ersetzt werden kann,

2. die Feststellungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.
- (4) Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur ist nicht zulässig,
1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während der Elternzeit und der Beurlaubung nach § 72a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 7 des Bundesbeamtengesetz oder § 48a Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 Deutsches Richtergesetz sowie während einer Zeit, in der der Beihilfeberechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,
 2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerem chronischen Leiden, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
 3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
 4. wenn bekannt ist, dass das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
 5. solange der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.
- (5) Bei Anwendung des Absatzes 4 Nr. 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei
1. Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage,
 2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden

der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.

(6) Heilkur im Sinne dieser Vorschrift ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis enthaltenen Kurort durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein.

(7) Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer anderen, nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als gleichwertig anerkannten Einrichtung, sind nach Maßgabe des Absatzes 2 für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig. Die Absätze 3 und 4 gelten sinngemäß. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen.

Zu § 8

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

Zu Absatz 7

- 1 Die für sonstige Heilkuren geltenden Einschränkungen, dass diese nur für Beamte und Richter (§ 2 Abs. 1 Nr. 1) mit Dienstbezügen, Amtsbezügen und Beamte mit Anwärterbezügen gelten, finden hier keine Anwendung, so dass diese Maßnahmen auch für beihilfeberechtigte Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige als beihilfefähig anerkannt werden können.
- 2 Die Bewilligung dieser Maßnahme, die grundsätzlich stationär durchgeführt wird, setzt voraus, dass der Amts- oder Vertrauensarzt die Kurbedürftigkeit (im Sinne der medizinischen Notwendigkeit) der Mutter/des Vaters bestätigt hat.
- 3 Für Kinder, die bei Mutter-Kind-Kuren in die Einrichtung mit aufgenommen werden, gleichwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter/dem Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (z. B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter/Vater und Kind wegen bes. familiärer Verhältnisse oder dem Alter des Kindes, weil das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). Aufwendungen für das Kind sind der Mutter bzw. dem Vater zuzurechnen.
- 4 Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, so handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind-Kur. In diesem Falle ist eine Sanatoriumsbehandlung für das Kind zu beantragen.
- 5 Aufwendungen für Mutter-Kind-Kuren bzw. Vater-Kind-Maßnahmen werden nur als beihilfefähig anerkannt, wenn sie in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder einer anderen nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch 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.
- 6 Bei der Mutter/Vater-Kind-Kur handelt es sich um „eine“ Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) nach § 7 Abs. 1 Nr. 6 als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 6 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig. Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. Bei Personen nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch wird entsprechend Absatz 6 Satz 1 verfahren.

(2) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. 1.023,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
2. 1.279,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
3. 1.432,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,
4. 1.688,00 Euro für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Härtefall anerkannt sind.

Absatz 6 Satz 1 gilt entsprechend. Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens nach Satz 6 übersteigen. Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. Der Eigenanteil beträgt

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

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

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

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

Zu § 9

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

1. *Krankheiten oder Behinderungen sind*
 - *Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,*
 - *Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,*
 - *Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.*
2. *Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.*
3. *Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind*
 - *im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,*
 - *im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,*
 - *im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,*
 - *im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.*

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

Zu Absatz 3

- 1 Als Pflegeeinsatz gilt die Tätigkeit, die die geeignete Pflegekraft bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität bzw. der hauswirtschaftlichen Versorgung jeweils zusammenhängend erbringt.
- 2 Nach § 89 SGB XI werden Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung für alle Pflegebedürftige nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Aufwendungen für Pflegeeinsätze sind angemessen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vergütungsvereinbarungen halten. Dabei sind in Pflegestufe I höchstens 20 %, in Pflegestufe II höchstens 40 % und in Pflegestufe III höchstens 60 % der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Absatz 3 Satz 2) beihilfefähig; die jeweiligen stufenabhängigen Einsätze gelten als erbracht, soweit nicht Absatz 5 Anwendung findet. Fahrkosten sind nicht gesondert beihilfefähig.
- 3 Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die
 - bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1, § 72 SGB XI) oder
 - bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI) oder
 - von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
 - mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI geschlossen haben.
- 4 Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen.
 - 4.1 Pflegestufe I
Erheblich Pflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - 4.2 Pflegestufe II
Schwerpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - 4.3 Pflegestufe III
Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- 5 Zur Höhe der Durchschnittskosten einer Krankenpflegekraft vgl. Hinweis 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 7.
- 6 Bis zu den festgelegten Obergrenzen der beihilfefähigen Aufwendungen sind die Kosten einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung beihilfefähig. Hierbei gelten die jeweiligen Pflegeeinsätze als erbracht, soweit im Einzelfall nicht eine geringere Inanspruchnahme nachgewiesen wird. Stellt die teilstationäre Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 vom Hundert des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.
- 7 Wird ein dauernd Pflegebedürftiger vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung gepflegt (Kurzzeitpflege), sind die Pflegeaufwendungen bis 1.432,00 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig.
- 8 Auf Grund des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14.12.2001, BGBl I S. 3728, können Beihilfen zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen für den in § 45a SGB XI beschriebenen Personenkreis neben Leistungen nach § 9 Abs. 3, 4 und 5 gewährt werden. Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 45b SGB XI. Wird der Höchstbetrag von 460 Euro in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Werden die Voraussetzungen nach § 45a SGB XI erst im Laufe eines Kalenderjahres erfüllt, ist der Höchstbetrag von 460 Euro nur anteilig anzuerkennen. Für Personen, die Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten, gilt § 9 Abs. 6 Satz 1 entsprechend.

Zu Absatz 4

- 1 Andere geeignete Personen sind Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen mindestens 10,5 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen.
- 2 Die Höhe der Pauschalbeihilfe ist abhängig von den drei Pflegestufen des SGB XI (vgl. hierzu Hinweis 4 zu Absatz 3).
- 3 Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 6 Abs. 1 Nr. 6, der Sanatoriumsbehandlung nach § 7 oder der stationären Pflege nach Absatz 7 oder 9 für den Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6) oder Sanatoriumsbehandlung (§ 7).
- 4 Beihilfen zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 39 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 9 Abs. 6 Satz 1 entsprechend.
 - 4.1 Beihilfen werden auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Pflege-Pflichteinsätze) gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse zahlt. Die Durchführung der Beratungen ist nach § 37 Abs. 4 SGB XI auch gegenüber der Festsetzungsstelle zu belegen. Der Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Abs. 3 und 6 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 9 Abs. 6 Satz 1 entsprechend.
- 5 Entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von Satz 3 sind z. B. solche nach § 35 Abs. 1 BVG, § 34 BeamtVG. Dies gilt nicht für Leistungen nach § 69a BSHG.
- 6 Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.
- 7 Für die in Hinweis 1 genannten Personen sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 in Verbindung mit § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. Die Beiträge sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung ergeben sich aus einer Information des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur Durchführung der Rentenversicherung der Pflegepersonen durch die Festsetzungsstellen der Beihilfe, die das Bundesministerium des Innern bekannt gibt. *)
Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. Die Festsetzungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht. Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der privaten und sozialen Pflegeversicherung.
- 8 Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung auf die Pauschalbeihilfe siehe Hinweis 2 zu § 17 Abs. 7.

Zu Absatz 5

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

Beispiele:

- 1.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (460,50 Euro von 921,00 Euro) und das Pflegegeld (205,00 Euro von 410,00 Euro) in Anspruch. Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
– zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 30 % von 460,50 Euro	= 138,15 Euro
– zum Pflegegeld 30 % von 205,00 Euro	= 61,50 Euro
Gesamt	= <u>199,65 Euro</u>

*) Siehe Rundschreiben vom 30. März 1995 (GMBI S. 347)

b) Leistungen der Beihilfe	
– zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 70 % von 460,50 Euro	= 322,35 Euro
– Pauschalbeihilfe 205,00 Euro abzüglich 61,50 Euro der privaten Pflegeversicherung	= 143,50 Euro
Gesamt	= <u>465,85 Euro</u>

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

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	
– zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 50 % von 460,50 Euro	= 230,25 Euro
– zum Pflegegeld 50 % von 205,00 Euro	= 102,50 Euro
Gesamt	= <u>332,75 Euro</u>

b) Leistungen der Beihilfe	
– zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft in gleichem Wert der Leistung der sozialen Pflegeversicherung (Absatz 6)	= 230,25 Euro
– Pauschalbeihilfe 50 % von 410,00 Euro = 205,00 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 102,50 Euro	= 102,50 Euro
Gesamt	= <u>332,75 Euro</u>

Zu Absatz 7

- 1 Angemessen sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege pauschal
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023,00 Euro monatlich,
 - für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279,00 Euro monatlich,
 - für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432,00 Euro monatlich,
 - für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des SGB XI als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1.688,00 Euro monatlich.
- 2 Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).
- 3 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig.
- 4 Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genannten Aufwendungen.
- 5 Werden in den Fällen des Satzes 3 die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.
- 6 Betten- und Platzfreihaltegebühren, die durch die Unterbrechung wegen Krankheit des Pflegebedürftigen erhoben werden, gehören zu den pflegebedingten Aufwendungen und sind daher im Rahmen der Höchstsätze beihilfefähig. Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Pflegebedürftigen liegenden Grund bis zu 30 Kalendertagen jährlich.
- 7 Als Endgehalt der Besoldungsgruppe A 9 wird das Endgrundgehalt der Besoldungsgruppe A 9 zuzüglich des Familienzuschlags Stufe 1 und der allgemeinen Stellenzulage nach Vorbemerkung Nr. 27 Abs. 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B zugrunde gelegt; das Bundesministerium des Innern gibt den jeweiligen Betrag bekannt.
- 8 Das Einkommen ist vom Beihilfeberechtigten durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen:
- 8.1 Dienstbezüge im Sinne dieser Vorschrift sind die in § 1 Abs. 2 BBesG genannten Bruttobezüge (Grundgehalt, allgemeine Stellenzulage nach Vorbemerkung Nr. 27 zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B sowie Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile); Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 BeamtVG genannten Bruttobezüge (mit Ausnahme des in der dortigen Nummer 8 genannten Unterschiedsbetrages), soweit nicht nach § 57 BeamtVG (Versorgungsausgleich) geringere Versorgungsbezüge zustehen. Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG, Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI bleiben unberücksichtigt. Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verwendungseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehrerer Versorgungsbezüge oder den in Satz 4 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- oder Versorgungsbezügen zugrunde zu legen.
 - 8.2 Renten sind mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen; dies ist bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses und vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.
 - 8.3 Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz.

8.4 Ist der Ehegatte berufstätig, kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Einkommensgrenze überschritten wird. Soweit der Beihilfeberechtigte nachweist, dass beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbstständigen oder nichtselbstständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. Bei monatlich schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten 12 Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen.

- 9 Berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne des Satzes 5 Nr. 1 bis 3 sind Personen, die nach § 3 Abs. 1 zu berücksichtigen oder nach § 4 Abs. 3 nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind.
- 10 Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; § 14 findet keine Anwendung.
- 11 Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung siehe Hinweis 2 zu § 17 Abs. 7.

Zu Absatz 8

- 1 Dem Antrag auf Beihilfe ist ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe beizufügen.
Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit und die Stufe der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen (gesetzliche Verpflichtung). Diese Feststellung ist auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (z. B. Abschrift des Gutachtens, ggf. schriftliche Leistungszusage der Versicherung). Ohne einen derartigen Nachweis ist diesbezüglich eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vgl. § 22 VwVfG). Entsprechendes gilt auch für das Vorliegen eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes bei Schwerstpflegebedürftigen. Besteht keine Pflegeversicherung, ist ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe vorzulegen.
- 2 Ist im Einzelfall der Leistungsnachweis nicht ausreichend oder beantragt der Beihilfeberechtigte abweichend Beihilfe zu einer höheren Pflegestufe, ist mit Zustimmung des Pflegebedürftigen bei der privaten oder sozialen Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
- 3 Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist der Widerspruch ggf. als unbegründet zurückzuweisen.
- 4 Für Klagen in Angelegenheiten nach dem SGB XI (z. B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einer Pflegestufe) sind die Sozialgerichte zuständig (Artikel 33 PflegeVG).

Zu Absatz 9

Beihilfefähig sind zehn vom Hundert des nach § 93 Abs. 2 BSHG vereinbarten Heimentgelts, höchstens 256,00 Euro monatlich.

§ 9a

Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen

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

Zu § 9a

- 1 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.
- 2 In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in seinem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

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

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
2. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
3. bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte.

(3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen jedoch nicht anlässlich privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union.

Zu § 10

Zu Absatz 1

- 1 Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. April 1976 in der jeweils aktuellen Fassung.
- 2 Die Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. April 1976 in der jeweils aktuellen Fassung.
- 3 Die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. Juni 1998 in der jeweils aktuellen Fassung.
- 4 Die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 24. August 1989 in der jeweils aktuellen Fassung.

Zu Absatz 3

Auch bei im Rahmen von Vorsorgemaßnahmen beschafften Mitteln sind Abzüge nach § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. a und b vorzunehmen.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

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

[Absatz 2 ist aufgehoben]

Zu § 11

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

§ 12

Eigenbehalte, Belastungsgrenzen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich

1. um zehn vom Hundert der Kosten, mindestens um fünf Euro, höchstens um zehn Euro, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
 - a) Arznei- und Verbandmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 2,
 - b) Hilfsmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 4, bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln höchstens um zehn Euro für den Monatsbedarf je Indikation,
 - c) Fahrtkosten im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 9,
2. um zehn Euro je Kalendertag bei
 - a) vollstationären Krankenhausleistungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 Buchstabe a und Satz 2 und im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang an vollstationäre Krankenhausleistungen durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr,
 - b) Aufwendungen nach § 7 Abs. 1 Nr. 2,
 - c) Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Satz 2,
3. um zehn vom Hundert der Kosten und zehn Euro je Verordnung für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege nach § 6 Abs. 1 Nr. 7.

Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von 10 Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigten und je berücksichtigungsfähigen Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen; dies gilt nicht für Aufwendungen nach Satz 3.

Beträge nach Satz 1 und 2 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen Fahrten nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
- b) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- c) ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- d) Leistungen, soweit nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4 vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind.

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

- a) zwei vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5;
- b) für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, eins vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5.

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

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

Zu § 12

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 1

- 1 Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen sowie für beim Arzt/Zahnarzt verbrauchte Arznei- und Verbandmittel, die als Auslagen abgerechnet werden (vgl. § 10 GOÄ).

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

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a

- 1 Der Abzug erfolgt für die ersten 28 Kalendertage; sowohl für den Aufnahme- als auch den Entlassungstag.
- 2 Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbetrag:
 - Entbindungen
 - teilstationäre Behandlungen
 - vor- und nachstationäre Behandlungen
 - ambulante Operationen im Krankenhaus

Zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

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

Zu Absatz 1 Satz 2

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

Zu Absatz 1 Satz 3

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

Zu Absatz 2

- 1 Eine Befreiung von Eigenbehalten (Abzugsbeträgen) nach Absatz 1 wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres.
- 2 Bei der Ermittlung des für das Erreichen der Belastungsgrenze maßgeblichen Einkommens wird das Einkommen des Ehegatten nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Bei verheirateten Beihilfeberechtigten vermindert sich das Einkommen um 15 v. H. und für jedes Kind um den sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes (EStG) ergebenden Betrag.
- 3 Überschreitet die Summe der Eigenbehalte nach Absatz 1 des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Belastungsgrenze von 2 v. H. bzw. 1 v. H., so sind auf Antrag ab dem Zeitpunkt der Überschreitung für das restliche Kalenderjahr weder für den Beihilfeberechtigten noch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen weitere Abzugsbeträge von den Aufwendungen abzusetzen; zu viel einbehaltende Eigenanteile sind im Rahmen von Überrechnungen zurückzuerstatten.
- 4 Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. Januar 2004, der auch beihilfeseitig anzuwenden ist, gilt als „schwer wiegend chronisch krank“, wer ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wird und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:
 - Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
 - Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor, wobei der GdB bzw. MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
 - Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfavorschriften berücksichtigungsfähige „chronische Krankheit“ vor. Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. Der Beihilferechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (z. B. ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt.

- 5 Bei Beihilferechtigten 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 Berechnung der Belastungsgrenze nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgebend. Dies gilt gleichermaßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb von diesen Einrichtungen.

§ 13

Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

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

(2) Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise eines Beihilferechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nach Maßgabe der Absätze 1 und 3 zulässig,
3. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 550,00 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

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

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

Die Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, 3, 5 und 6 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

[Absatz 4 ist aufgehoben]

Zu § 13

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

Wird ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder ein Versorgungsempfänger wegen Neurodermitis oder Psoriasis am Toten Meer (Ein Boqeg, Salt Land Village, Sdom) behandelt, sind aus diesem Anlass entstehende Aufwendungen im gleichen Umfange wie Aufwendungen für eine Heilkur (vgl. Absatz 3) beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Zu Absatz 3

Das Heilkurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern als Anhang 3 herausgegeben. (Aus Platzgründen nicht abgedruckt)

§ 14 Bemessung der Beihilfen

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

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

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

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

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

[Nr. 5 ist aufgehoben]

(3) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 vom Hundert, jedoch höchstens auf 90 vom Hundert. Ab 1. Juli 1994 gilt Satz 1 nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt.

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

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

(6) Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen,

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

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

Zu § 14

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

- 1 *Der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche, wie sie Pflichtversicherten gewährt werden, sind Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die freiwillig Versicherten in Höhe des Wertes einer an sich zustehenden Sachleistung gegebenenfalls nach Abzug eines Mengenrabatts, Unwirtschaftlichkeitsabschlages und dergleichen gezahlt werden. Für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, die bereits am 1. Oktober 1985 einer geschlossenen Beitragsklasse angehört haben, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 als erfüllt, solange sie in dieser Beitragsklasse verbleiben.*
- 2 *Sofern die Voraussetzungen des Hinweises 1 erfüllt sind, findet Absatz 4 Satz 1 auch Anwendung für Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlungen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung hierzu nur für einzelne Aufwendungen Kostenanteile leistet.*
- 3 *Sind die Voraussetzungen des Hinweises 1 nicht erfüllt, richtet sich der Bemessungssatz nach Absatz 1. Entsprechendes gilt für Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Kostenerstattung geleistet hat.*

4 *Der danach erforderliche Nachweis über die Beitragshöhe für eine beihilfekonforme Krankenversicherung bzw. die Nichtaufnahme ist durch Angebote von mindestens zwei privaten Krankenversicherungen zu führen. Die Angebote sollen zum Feststellungszeitpunkt nicht älter als sechs Monate sein. Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 vom Hundert der Aufwendungen ermöglicht. In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 12,00 Euro täglich einzubeziehen.*

Der Nachweis über die Beitragshöhe gilt als erbracht bei den Personen, denen bis zum 30. Juni 1990 die Beitragsermäßigung nach § 248 Abs. 2 SGB V gewährt wurde.

5 *Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag bleiben unberücksichtigt.*

6 *Für freiwillig versicherte Beamte, die in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind und für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen gemäß § 14 des SGB V Leistungen aus der Teilkostenerstattung nach § 56 der Satzung der Bundesknappschaft erhalten, finden § 14 Abs. 4 Satz 1 und § 5 Abs. 3 keine Anwendung. Insoweit gelten die Bemessungssätze des § 14 Abs. 1.*

7 *Keinen Zuschuss im Sinne von Absatz 4 Satz 2 stellt eine Beitragserstattung nach § 5 Abs. 3 Elternzeitverordnung – EltZV – bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Eine derartige Beitragserstattung hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.*

8 *Nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören Selbstbehalte nach speziellen Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung.*

Zu Absatz 5

1 *Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes des Zuschussempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen; hierbei bleiben Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag unberücksichtigt.*

2 *Hinweis 7 zu Absatz 4 gilt sinngemäß für Versicherte in einer privaten Krankenversicherung.*

Zu Absatz 6

1 *Für die Erteilung des notwendigen Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern zur Erhöhung des Bemessungssatzes gemäß Nummer 2 wegen hoher Beitragsbelastung bei einem Empfänger von Versorgungsbezügen (Absatz 1 Satz 2 Nr. 2) mit geringem Gesamteinkommen wird vorläufig folgender Maßstab zugrunde gelegt:*

Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung (vgl. Hinweis 4 zu Absatz 4) muss 15 vom Hundert des Gesamteinkommens übersteigen.

Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen des Versorgungsempfängers und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI.

Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um 10 vom Hundert. Die Erhöhung gilt für den Versorgungsempfänger und den berücksichtigungsfähigen Ehegatten und erfolgt auf Dauer.

Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 15 Abs. 1 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen.

2 *Ein besonderer Ausnahmefall im Sinne der Nummer 2 kann auch vorliegen, wenn sich aus der Anwendung des § 5 Abs. 4 Nr. 4 Härten ergeben könnten.*

§ 15

Begrenzung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pfl egerentenzusatz- und Pfl egerentenversicherungen – soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 Elftes Buch Sozialgesetzbuch dienen – unberücksichtigt. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. [Satz 4 ist aufgehoben]

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach §§ 8, 9 werden getrennt abgerechnet.

(3) Die Festsetzungstelle kann mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. Dabei sollen auch feste Preise vereinbart werden, die deutlich unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen.

Zu § 15

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

1 *Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag – etwa für die einzelnen Positionen – die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen solche nach §§ 8 und 9, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.*

2 *Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Vomhundertsatz 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.*

3 *Übersteigt der Betrag der nach § 14 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.*

Zu Absatz 3

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

§ 16

Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten

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

Zu § 16

- 1 Für die bis zum Tod oder aus Anlass des Todes eines Beihilfeberechtigten für ihn und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstandenen Aufwendungen sind die sich für die einzelnen Personen nach § 14 ergebenden Bemessungssätze zugrunde zu legen, wie sie am Tage vor dem Tod maßgebend waren.*
- 2 Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.*

§ 17

Verfahren

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

Zu § 17

Zu Absatz 1

- 1 Aufwendungen für Halbweisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbweise nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung bestehen. Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 3 wird nicht begründet.*
- 2 Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 2 erfüllt waren.*
- 3 Beihilfen sind mit dem Formblatt 6 zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 90 BSHG. Sofern Beihilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Vordrucke verwendet werden.*
- 4 Der Kurzantrag (Formblatt 6 a) kann verwendet werden, wenn sich seit der Erfassung der Stammdaten mit Formblatt 6 keine Veränderungen ergeben haben. Die Verwendung des Kurzantrags entbindet den Beihilfeberechtigten nicht von der Verpflichtung zu richtigen und vollständigen Angaben. Die Festsetzungsstelle kann in Zweifelsfällen die Vorlage eines Antrags in Langform (Formblatt 6) verlangen. (Auf den Abdruck des Formblattes wird aus Platzgründen verzichtet)*

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

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

Zu Absatz 4

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

Zu Absatz 6

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

Zu Absatz 7

- Soweit ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung, ein Sanatorium oder eine Dialyse-Institution auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, können auf Antrag des Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen geleistet werden. Für die Beantragung können folgende Formblätter 9 und 10 verwendet werden. (Auf den Abdruck der Formblätter wurde aus Platzgründen verzichtet.)*
- In den Fällen des § 9 Abs. 4 und 7 kann auf Antrag für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten (Hinweis 3 zu § 9 Abs. 4) endgültig festzusetzen.*

Zu Absatz 9

- Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen.*
- Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 90 BSHG einen Beihilfeanspruch geltend machen. Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er dem Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. Eine Überleitung nach § 90 BSHG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für seine berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) entstanden sind. In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und ggf. Anfechtungsklage zu erheben.*
- Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt den Beihilfeberechtigten nach § 29 BSHG im Wege des Aufwendersersatzes in Anspruch, kann nur der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfeträger ist zulässig. Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1).*
- Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Absatz 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung*
 - den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt),*
 - den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),*
 - die Art (z. B. Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und*
 - die Leistungshöhe**enthält. Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfeträgers anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Satz 3) und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.*

§ 18

Übergangs- und Schlussvorschriften

(1)* Auf die im Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieser Vorschrift vorhandenen Empfänger von Versorgungsbezügen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten sowie Witwen und Witwer (§ 2 Abs. 1 Nr. 3) und die in § 61 Abs. 2 Satz 2, 3 Beamtenversorgungsgesetz bezeichneten Waisen findet § 15 keine Anwendung, wenn diese Personen in dem genannten Zeitpunkt in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind und solange dieser Tarif beibehalten wird.

(2)* Für Personen, die am 31. März 1959 nicht versichert waren, das 60. Lebensjahr zu diesem Zeitpunkt vollendet und bis zum 31. Dezember 1959 nachgewiesen hatten, dass sie von keiner Krankenversicherung mehr aufgenommen werden, können die bisherigen, nach Nummer 13 Abs. 8 Ziff. 2 der Beihilfevorschriften vom 13. März 1959 erhöhten Bemessungssätze auch weiterhin angewendet werden.

(3) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 vom Hundert.

(4) § 2 Abs. 4 Nr. 3 und § 4 Abs. 4 gelten für Personen, denen Leistungen nach § 19 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Abgeordnetenhauses von Berlin zustehen, nur dann, wenn sie diese Leistungen in Anspruch nehmen.

(5) Das Bundesministerium des Innern regelt nach Anhörung des Auswärtigen Amtes, mit welchen Abweichungen diese Verwaltungsvorschriften auf die in das Ausland abgeordneten Beamten und die Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland anzuwenden sind.

(6) Diese Verwaltungsvorschriften gelten nicht für die Deutsche Bundesbahn und diejenigen Beamten des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.

(7) Die Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium des Innern für die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse besondere Vorschriften erlassen.

Zum In-Kraft-Treten der Vorschriften gilt Folgendes:

- Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Januar 2004 in Kraft, soweit nicht in den Absätzen zwei bis vier etwas Abweichendes bestimmt ist.
- Abweichend von Absatz 1 tritt Anlage 2 am 1. Januar 2005 in Kraft.
- Die Vorschrift des § 6 Abs. 1 Nr. 2 und die Vorschrift des § 17 Abs. 3 Satz 2 an dem Tag in Kraft, an dem die nächste Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung in Kraft tritt. Den Tag des In-Kraft-Tretens gibt das Bundesministerium des Innern im Gemeinsamen Ministerialblatt bekannt. Bis dahin gilt § 6 Abs. 1 Nr. 2 in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung, mit der Maßgabe, dass die Abzugsbeträge des § 12 Abs. 1 anwendbar sind.
- Für Aufwendungen, die vor dem jeweiligen In-Kraft-Treten entstanden sind, oder für Behandlungen, die vor dem jeweiligen In-Kraft-Treten dieser Allgemeinen Verwaltungsvorschriften begonnen wurden, gelten die Regelungen der Beihilfevorschriften in der bis zum In-Kraft-Treten dieser Allgemeinen Verwaltungsvorschrift geltenden Fassung.

*) durch Zeitablauf gegenstandslos

Hinweis: Die nachfolgende Verwaltungsvorschrift ist nur für dienstliche Auslandsaufenthalte massgeblich. Für private Auslandsaufenthalte bitte § 13 BhV („Inland“) beachten.

Dritte allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen an Bundesbedienstete im Ausland

Vom 10. März 2004

Nach § 200 des Bundesbeamtengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. März 1999 (BGBl. I S. 675) erlässt das Bundesministerium des Innern folgende allgemeine Verwaltungsvorschrift zu § 79 dieses Gesetzes:

Artikel 1 Neufassung der Beihilfevorschriften Ausland

Die Beihilfevorschriften Ausland vom 10. Juli 1995 (GMBI S. 470), zuletzt geändert durch Artikel 1 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift vom 1. November 2001 (GMBI S. 939), erhalten folgende Fassung:

Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen an Bundesbedienstete im Ausland (Beihilfevorschriften Ausland)

I.

Die Beihilfevorschriften (BhV) vom 1. November 2001 (GMBI S. 918), zuletzt geändert durch die 28. AVwV vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379), gelten für Bundesbeamte mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und für in das Ausland abgeordnete Bundesbeamte mit folgenden Abweichungen:

Zu § 3

Zu Absatz 1 Nr. 2

Berücksichtigungsfähig sind die nicht selbst beihilfeberechtigten Kinder des Beihilfeberechtigten, für die ein Kinderzuschlag nach § 56 Bundesbesoldungsgesetz gezahlt wird oder nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind bis zum Erreichen der Volljährigkeit sorgeberechtigt ist oder war.

Zu § 5

Zu Absatz 1

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich anstelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren; Entsprechendes gilt für die Gebühren eines Heilpraktikers.

Zu Absatz 3

Von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach den Sätzen 3 und 4 kann abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder die zustehenden Leistungen wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.

Zu Absatz 4 Nr. 3

Zu dem in dieser Vorschrift genannten Einkommensbetrag tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

Zu § 6

Zu Absatz 1 Nr. 1 Satz 2

Ist bei zahnärztlichen Sonderleistungen der auf zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik entfallende Kostenanteil nicht nachgewiesen oder nicht zu ermitteln, ist der hierauf entfallende Anteil mit 40 vom Hundert des Gesamtrechnungsbetrages anzusetzen.

Zu Absatz 1 Nr. 1 Satz 2

Bei ambulant durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung treten an die Stelle der vom Bundesministerium des Innern benannten Gutachter die Ärzte des Gesundheitsdienstes beim Auswärtigen Amt oder von diesem beauftragte Vertrauensärzte.

Zu Absatz 1 Nr. 3

Die Angemessenheit der Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlungen beurteilt sich anstelle der nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 BhV vom Bundesministerium des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich – außer bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres – um 10 vom Hundert der Kosten, die die nach dieser Vorschrift maßgeblichen Höchstsätze (Hinweis 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 BhV) übersteigen, höchstens jedoch um zehn Euro.

Zu Absatz 1 Nr. 4

Zu den für diese Vorschrift maßgebenden Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu, wenn die Aufwendungen in Fremdwährung entstanden sind.

Zu Absatz 1 Nr. 6

Für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenanstalten sind unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung einem Zweibettzimmer im Inland entspricht; es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Der in Satz 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb der Vorschrift genannte Abzugsbetrag ist entsprechend zu berücksichtigen.

Zu Absatz 1 Nr. 8

(1) Bei einer notwendigen ambulanten ärztlichen Behandlung des den Haushalt allein führenden Elternteils außerhalb des Gastlandes findet die Vorschrift entsprechende Anwendung, wenn mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und die auswärtige Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert. Werden in den Fällen des Satzes 2 Kinder unter vier Jahren mitgenommen, sind die notwendigen Beförderungskosten beihilfefähig.

(2) Wird die Weiterführung des Haushalts von einer der in Nummer 7 Satz 3 genannten Person übernommen, so sind die Fahrkosten bis zur Höhe der Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

Zu Absatz 1 Nr. 9

Ist bei Krankheit oder Geburt eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Behandlung geboten war. Entsprechendes gilt aus Anlass von Maßnahmen nach § 10 Abs. 1 BhV.

Zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe a

(1) Die Vorschrift gilt auch bei notwendiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung außerhalb des Gastlandes.

(2) Absatz 1 findet auch bei einer außerhalb des Gastlandes erforderlichen stationären Behandlung für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige Begleitperson entsprechende Anwendung.

(3) Zum Höchstbetrag tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

Zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

Zu § 7

Zu Absatz 2

(1) Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Sanatoriumsbehandlung in einer entsprechenden ausländischen Einrichtung hat zur Voraussetzung, dass der begutachtende Amts- oder Vertrauensarzt das Sanatorium als zur stationären Behandlung und Pflege im Sinne des § 7 Abs. 4 geeignet erklärt und die Sanatoriumsbehandlung nicht in Verbindung mit einem Inlandsaufenthalt durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist eine entsprechende Unterlage über das in Aussicht genomme Sanatorium beizufügen.

(2) Wird eine Sanatoriumsbehandlung, auf die nach den in § 5 Abs. 3 Satz 1 bezeichneten Rechtsvorschriften ein Anspruch besteht, im Inland gewährt, so gelten auch die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienort und dem inländischen Behandlungsort als beihilfefähige Aufwendungen, soweit diese vom Kostenträger nicht erstattet werden. Dies gilt nicht, wenn die Sanatoriumsbehandlung mit gleicher Erfolgsaussicht auch im Gastland oder in der näheren Umgebung durchgeführt werden kann und die beihilfefähigen Aufwendungen in diesem Fall niedriger sind als die Durchführung der Sanatoriumsbehandlung im Inland.

Zu § 8

Zu Absatz 2 Nr. 2

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

Zu Absatz 3

Die abweichenden Vorschriften zu § 7 finden entsprechende Anwendung.

Zu § 11

(1) Ist im Geburtsfall eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienort nicht gewährleistet und muss dieser wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden, sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 8 für die Dauer der ärztlich festgestellten unvermeidbaren Abwesenheit vom Dienort beihilfefähig.

(2) Im Geburtsfall sind die Kosten für Unterkunft am Entbindungsort vor Aufnahme in eine Krankenanstalt entsprechend den Unterkunftskosten bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen beihilfefähig. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt eines nahen Angehörigen.

Zu § 14

Zu Absatz 1

Der Bemessungssatz erhöht sich auf 100 vom Hundert der beihilfefähigen Aufwendungen

1. für Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort (Nummer 11), soweit diese den Betrag von 153 Euro übersteigen,
2. für die unter Nummer 21 genannten Fälle der Leichen- und Urnenüberführung.

Zu § 17

Zu Absatz 8

Diese Regelung findet auch auf Beförderungskosten zum nächstgelegenen Behandlungsort (Nummer 11) Anwendung.

Zu Absatz 9

Die Antragsfrist ist gewahrt, wenn der Beihilfeantrag innerhalb dieser Frist bei der zuständigen Beschäftigungsdienststelle im Ausland vorgelegt wird.

Zu § 18

Zu Absatz 3

Bei Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und in das Ausland abgeordneten Beamten sind die Kosten der Leichen- und Urnenüberführung vom Gastland in die Bundesrepublik Deutschland bis zur Höhe der Überführungskosten an den vom Hinterbliebenen gewählten Beisetzungsort beihilfefähig.

Beihilfefähige, außerhalb des Gastlandes entstehende Aufwendungen

Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, sind nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie bei Behandlung im Gastland oder in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Dies gilt nicht in den Fällen der Nummer 11.

II.

- 1 Für die in das Ausland entsandten Angestellten und Arbeiter (Arbeitnehmer) finden die Regelungen des Abschnitts I mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass für die nach deutschem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Arbeitnehmer sowie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Arbeitnehmer mit Beitragszuschuss nach § 257 SGB V sich der Bemessungssatz für die im Ausland entstehenden, nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 vom Hundert erhöht.
- 2 Für die bei den Auslandsdienststellen des Bundes beschäftigten nicht entsandten deutschen und nichtdeutschen Angestellten und Arbeiter (Arbeitnehmer) finden die Regelungen des Abschnitts I mit folgenden Maßgaben entsprechende Anwendung:
 - 2.1 **Zu § 3 Abs. 1 Nr. 2 (Nummer 1)**

Zu Aufwendungen für Kinder kann eine Beihilfe gewährt werden, wenn das Kind bei sinngemäßer Anwendung der für entsandte Bedienstete geltenden Beihilfavorschriften berücksichtigungsfähig wäre.
 - 2.2 **Zu § 5 Abs. 4 Nr. 3 (Nummer 4)**

An die Stelle des in dieser Vorschrift genannten Einkommensbetrages tritt der dem ortsüblichen Einkommensniveau entsprechende Betrag für eine vergleichbare Beschäftigung im Inland. In Zweifelsfällen ist das ortsübliche Einkommen für eine der Vergütungsgruppe VII BAT vergleichbare Tätigkeit zugrunde zu legen. Ein Kaufkraftausgleich wird nicht vorgenommen.
 - 2.3 **Zu § 6 Abs. 1 Nr. 9 (Nummer 11)**

Die Kosten der Beförderung zur Behandlung außerhalb des Landes sind nur dann beihilfefähig, wenn nach der Stellungnahme des Amts- oder Vertrauensarztes außergewöhnliche Gründe dies rechtfertigen und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Einlieferung in ein Krankenhaus außerhalb des Landes unabweisbar war.
 - 2.4 **Zu § 6 Abs. 1 Nr. 10 Buchstabe a (Nummer 12)**

Nummer 2.3 findet entsprechende Anwendung.
 - 2.5 **Zu §§ 7 und 8 (Nummern 14 bis 16)**

Zu den Aufwendungen für Sanatoriumsaufenthalte und Heilkuren werden Beihilfen nicht gewährt.
 - 2.6 **Zu § 11 (Nummer 17)**

Nummer 2.3 findet entsprechende Anwendung.
 - 2.7 **Zu § 14 Abs. 1 (Nummer 18)**

Für die nicht entsandten deutschen Arbeitnehmer, die nach deutschem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, erhöht sich der Bemessungssatz für die im Ausland entstehenden, nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 vom Hundert.
 - 2.8 **Zu § 18 Abs. 3 (Nummer 21)**

Abschnitt I Nr. 21 findet keine Anwendung.
- 3 Bei Arbeitnehmern, deren Arbeitsverhältnis nach dem 28. Februar 1999 beginnt, sind die Nummern 1 und 2 nicht anzuwenden.

Artikel 2

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift, die nach Anhörung des Auswärtigen Amtes gemäß § 18 Abs. 5 der Beihilfavorschriften des Bundes ergeht, tritt zum 1. Januar 2004 in Kraft.

Über 45 Jahre Vertrauen und Partnerschaft



Ihr Experte für die Bundeswehr

**Der Krankenversicherer
des Deutschen Bundeswehrverbandes
Continental Krankenversicherung a.G.
Ruhrallee 92-94, 44118 Dortmund
Tel. (02 31) 919-44 69
Fax (02 31) 919-31 02
E-mail: info@derkrankenversicherer.de**

Auslandsreise-
krankenversicherung

Krankenhaus-
tagegeld



Anwartschaftsversicherung/Option

**Exklusiver Versicherungsschutz
für
Mitglieder
des
Deutschen Bundeswehrverbandes
und
deren Familienangehörige**