



Beihilfavorschriften des Bundes* nebst Durchführungshinweisen (*kursiv*)

Stand: 1. 2. 1998

*) Auch gültig in den Ländern Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen, mit folgenden Abweichungen: Berlin streicht ab 1. 4. 1998 die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe b) der Beihilfavorschriften, jedoch unter Beibehaltung für diejenigen Personen, die zu diesem Zeitpunkt das 55. Lebensjahr vollendet haben oder Versorgungsempfänger oder Schwerbehinderte sind. Schleswig-Holstein streicht die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus bereits ab 1. 3. 1998, jedoch unter Beibehaltung u. a. für diejenigen Personen, die vor diesem Zeitpunkt das 70. Lebensjahr vollendet haben.

Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfavorschriften-BhV) in der Fassung vom 10. Juli 1995, zuletzt geändert am 27. Juni 1997

Artikel 1

§ 1

Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

- (1) Diese Vorschrift regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen. Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenversorgung, 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 der für seine Forderung zustehenden und noch nicht ausbezahlten 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 Eigenversorgung 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, Witwergeld, 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,
 - a) 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. 7 Bundesbesoldungsgesetz) beschäftigt sind,
 - b) wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt; dies gilt nicht in den Fällen des § 72 a Abs. 5 Bundesbeamtenengesetz,
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 aufgrund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.

Zu Absatz 2

Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen in Betracht § 22 Abs. 1 Satz 2, §§ 53 bis 56 und § 61 Abs. 2 und 3 BeamtVG.

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-, Geburts- und Todesfällen in sinnvoller Anwendung der Beihilfavorschriften für Bundesbeamte. 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 Ortszuschlag zusteht (z.B. bei Empfängern von Anwärterbezügen) oder die im Ortszuschlag erfaßt würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Ortszuschlag berücksichtigt würden (vgl. hierzu § 4 Abs. 6, § 17 Abs. 3 Satz 2).
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 2.

§ 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 des 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 Bundesbeamtenengesetz gegen das Bundesbahnenvermögen 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 der Beihilfavorschriften des Bundes im wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht.
- (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 Rechts-

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

verhältnis 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 krankensicherungspflichtige 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 aufgrund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuß nach § 257 SGB V bzw. keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist aus Fürsorgegründen Absatz 2 nicht anzuwenden. In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.

Zu Absatz 3

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

§ 5

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte; 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. Für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen gilt der nach § 30 Abs. 3 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch um 20 vom Hundert erhöhte Festzuschuß als gewährte Leistung. 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 Beitragsatzes (§ 240 Abs. 3 a 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 nicht für Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversicherung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,

3. die in den §§ 6 bis 10 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) des Ehegatten im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 35.000 DM 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 Festsetzungsstelle 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. Selbstbehalte bei Kostenerstattung nach den §§ 13 und 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

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

Zu § 5

Zu Absatz 1

1. Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche 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 zugrunde zu legen sind. Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einfachesätze 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, 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.

5.1 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche und zahnärztliche Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so

kann sie nach § 5 Abs. 1 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, daß erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

– besonders schwierig war oder

– einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder

– wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z.B. Nr. 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nr. 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

5.2 Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt/Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten veranlaßt worden ist. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer/Zahnärztekammer 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. – nicht besetzt –

7. Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen vergleiche die als Anhang 1 beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht.

8. Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden.

Zu Absatz 3

1. Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z.B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche auf Krankheitsfürsorge aufgrund Artikel 31 Abs. 2 des Statuts des Lehrpersonals der Europäischen Schulen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche – ausgenommen Bestattungsgelder (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 4) – 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.
2. Satz 3 findet Anwendung z.B. bei privatärztlicher Behandlung.
3. Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit und für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung 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. Auf den Anspruch der Mutter des nichtehelichen Kindes gegen den Vater auf Ersatz ihrer Entbindungs- und -folgekosten (vgl. § 1615 k Abs. 1 Satz 1 BGB) findet § 5 Abs. 3 Satz 1 keine Anwendung. Beihilfen sind Leistungen des Arbeitgebers im Sinne des § 1615 k Abs. 1 Satz 2 BGB. Diesen Leistungen gegenüber tritt der Anspruch der Mutter gegen den Vater zurück. Die mit § 1615 k Abs. 1 Satz 2 BGB getroffene gesetzgeberische Entscheidung ist für die Anwendung des § 5 Abs. 3 Satz 1 bindend. Das bedeutet, daß der Mutter des nichtehelichen Kindes Beihilfen für die Entbindungs- und -folgekosten nicht versagt werden dürfen.

4. 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 Entscheidungsfond für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 PflVG.

5. Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 5 Nr. 3 gehören nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr aufgrund des BVG gewährt werden.

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. Versorgungsverwaltung nach dem BVG. Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.
2. Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249a SGB V). Satz 3 gilt nicht für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der Zuschuß zum Krankenversicherungsbeitrag monatlich weniger als 40 DM beträgt.
3. Da nach Satz 3 Buchstabe a bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. Festbeträge können gebildet werden für
 - Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
 - Hilfsmittel (§ 36 SGB V).
 Als Festbeträge gelten auch
 - die 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.
4. Satz 3 Buchstabe b erfaßt die Fälle, in denen sich der dort genannte Versicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln läßt (z.B. privatärztliche Behandlung durch einen Kassenarzt). Hätte der Behandler im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung zu erbringen gehabt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. Gehört der Behandler oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Behandlerkreis, findet § 5 Abs. 3 Satz 3 und 4 Anwendung.
5. Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit ermäßigtem Beitragssatz nach § 240 Abs. 3 a SGB V ist Satz 3 nicht anzuwenden, soweit aufgrund Artikel 2 Nr. 2 der Änderungsverordnung vom 19. September 1989 sowie des Hinweises 4 zu § 14 Abs. 4 weiterhin ein Bemessungssatz von 100 vom Hundert zu den nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen zu gewähren ist. Entsprechendes gilt für Personen, die Leistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG oder hierauf Bezug nehmender Vorschriften erhalten, sowie für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfaßt werden.

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 aufgrund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. Bei den nicht durch Zuschüsse der Kasse gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen bzw. Kostenanteile.

Zu Absatz 4 Nr. 3

1. Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:
 - 1.1 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
 - 1.2 Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
 - 1.3 Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
 - 1.4 Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
 - 1.5 Einkünfte aus Kapitalvermögen,
 - 1.6 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
 - 1.7 sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG.
 Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuß der Einnahmen über die Werbungskosten.
2. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte keine Einkünfte mehr und erklärt der Beihilferechtigte, 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 Beihilfberechtigten 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.

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 und zahnärztliche Leistungen sowie 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 Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, abzüglich eines Betrages für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel von
 - a) 9 DM bei einem Apothekenabgabepreis bis 30 DM, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
 - b) 11 DM bei einem Apothekenabgabepreis von 30,01 DM bis 50 DM,
 - c) 13 DM bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 50 DM.
 Sind für Arznei- und Verbandmittel Festbeträge festgesetzt, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig; Beträge nach Satz 1 sind vom Festbetrag abzuziehen. Beträge nach Satz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für
 - a) Kinder, solange sie berücksichtigungsfähig im Sinne des § 3 sind,
 - b) Empfänger von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des auf einen vollen DM-Betrag abgerundeten 1,1fachen Satzes des Mindestruhegehaltes (§ 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 Beamtenversorgungsgesetz),
 - c) Personen, die Leistungen nach § 9 Abs. 7 Satz 3 erhalten,
 - d) Schwangere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung.
 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippeähnlichen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
 - b) Mund- und Rachentherapeutika,
 - c) Abführmittel,
 - d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit,
 3. eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder – ausgenommen Saunabäder und Aufenthalt in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur –, Massagen, Bestrahlung, Krankengymnastik, Bewegungen, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Die Heilbehandlung muß von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Diplom-Psychologen (ausschließlich im Rahmen der Anlage 1 zu Absatz 1 Nr. 1)*, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur oder Masseur und medizinischen Bademeister durchgeführt werden,
 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 § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPFIV), und zwar
 - a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPFIV)
 - aa) Fallpauschalen und Sonderentgelte (§ 11 BPFIV),
 - bb) taggleiche Pflegesätze (Abteilungsplafondsatz, Basisplafondsatz, teilstationärer Plafondsatz – § 13 BPFIV –, Pflegesatz nach § 14 Abs. 5 Satz 5 BPFIV),
 - cc) Entgelte für Sondervereinbarungen – Modellvorhaben – (§ 26 BPFIV),
 - b) Wahlleistungen
 - aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPFIV),
 - bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 BPFIV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 29 DM täglich sowie andere im Zusammenhang damit berechnete

*) Vom Abdruck der Anlage wird aus Platzgründen abgesehen.

- Leistungen im Rahmen der Nummern 1 und 2. Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegegesetzverordnung nicht anwenden, sind Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig, die den in Satz 1 genannten entsprechen,
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, Schwieger-söhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig
 - a) Fahrkosten,
 - b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegatten und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.
 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 zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfberechtigten bis zu 11 DM stündlich, höchstens 66 DM täglich, wenn die den Haushalt führende beihilferechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung (Nummer 6, § 9 Abs. 7) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, daß diese Person – ausgenommen Alleinerziehende – nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, im Haushalt mindestens eine beihilferechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das fünfzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt in besonderen Fällen auch für die ersten sieben Tage nach Ende der stationären Unterbringung sowie bei Alleinverdienenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter fünfzehn Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilferechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so 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 der Fahrkosten (Nummer 9) nicht beihilfefähig,
9. die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher, zahnärztlicher Leistungen und Krankenhausleistungen sowie bei Heilbehandlungen (Nummer 3) und für eine erforderliche Begleitung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die Gepäckbeförderung. Höhere Beförderungskosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. Von den nach Satz 1 und 2 beihilfefähigen Aufwendungen ist ein Betrag von 25 DM je einfache Fahrt abzuziehen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - a) die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
 - b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in deren Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes,
 - c) die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
 - d) die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
 10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 50 DM täglich. Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 50 DM täglich beihilfefähig. Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
 - b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 10 DM täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 9 Abs. 7 oder 9,
 11. Organspender, wenn der Empfänger Beihilferechtigt 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.
- (2) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allge-

mein anerkannten Methode begrenzen oder ausschließen.

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

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

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

Es kann ferner die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die in Absatz 1 Nr. 3 Satz 2 bezeichneten Heilbehandlungen begrenzen.

(5) Beträge nach Absatz 1 Nr. 2 Satz 1 und Nr. 9 Satz 3 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. Diese beträgt zwei vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 4; sofern Personen wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang insgesamt Beträge nach Satz 1 bis zur Belastungsgrenze abgezogen wurden, beträgt sie ab dem nächsten Kalenderjahr solange ein vom Hundert, wie die Dauerbehandlung anhält. Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilferechtigt ist. Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfberechtigten um 15 vom Hundert. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des Kalenderjahres vor Stellung des Antrages nach Satz 1.

Zu § 6

Zu Absatz 1

1. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für durchgeführte Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- 1.1 Beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - die homologe Insemination,
 - die homologe In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer bzw. Transfer der Gameten.
 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation.

1.2 Homologe Insemination
Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens fünf Behandlungen. Die Festsetzungsstelle kann bei einer entsprechenden ärztlichen Feststellung darüber hinaus die Aufwendungen für weitere drei Behandlungen als beihilfefähig anerkennen.

1.3 In-vitro-Fertilisation
Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens vier Behandlungen.

1.4 Über die in den Hinweisen 1.2 und 1.3 genannten Höchstgrenzen hinausgehende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.

2. 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 Beihilfberechtigten 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 Gebührenverzeichnis der GOZ beihilfefähig.

3. Bei zahnärztlichen Leistungen sind die in der Material- und Laborkostenrechnung besonders auszuweisenden Kosten für Gold und andere Edelmetalle sowie für Keramik und ein- und mehrflächige Keramikverblendungen zur Hälfte, die übrigen Material- und Laborkosten in Höhe von zwei Dritteln beihilfefähig. Der Gesamtbetrag erhöht sich um die darauf entfallende anteilige Mehrwertsteuer. Die Aufwendungen sind durch eine dem § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ entsprechende Rechnung des Zahnarztes oder Dentallabors nachzuweisen.

Beispiel: Kosten nach anliegender Laborkostenrechnung*)

Material- und Laborkosten (ohne MWSt)	2.276,28 DM	
./ Kosten für Edelmetall: Gold (Herador H)	578,18 DM	
davon beihilfefähig die Hälfte		289,09 DM
./ Kosten für Keramik: einfächige Keramikverblendung für 8 Zähne	953,60 DM	

*) Vom Abdruck der Anlage wird aus Platzgründen abgesehen.

davon beihilfefähig die Hälfte	476,80 DM
sonstige Material- und Laborkosten	744,50 DM
davon beihilfefähig zwei Drittel	496,33 DM
beihilfefähige Material- und Laborkosten (ohne MWSt)	1.262,22 DM
zuzüglich anteilige MWSt 7 v. H.	88,36 DM
beihilfefähige Material- und Laborkosten insgesamt	1.350,58 DM

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	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. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung nach den Nummern 2 und 3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1*) ist bis zu dem dort genannten Umfang anzuerkennen

5.1 nach Maßgabe einer vom Beihilfberechtigten vorzulegenden, aufgrund eines ärztlichen Gutachtens erteilten Leistungszusage der Krankenversicherung des zu Behandelnden, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Behandlers ergeben; bestehen Zweifel an der Qualifikation des Behandlers, ist das nach Anlage 1 vorgesehene Gutachterverfahren durchzuführen, oder

5.2 wenn von der Krankenversicherung ein Gutachterverfahren nicht vorgesehen ist, nach Maßgabe der Stellungnahme eines von der Festsetzungsstelle beauftragten Gutachters. Dazu hat der Beihilferechtigte

- der Festsetzungsstelle eine Erklärung des zu Behandelnden über die Entbindung von der Schweigepflicht mit der Bescheinigung des behandelnden Arztes nach Formblatt Anlage 1*) zuzuleiten und
- den behandelnden Arzt zu beauftragen, einen Bericht für den Gutachter nach Formblatt Anlage 2*) zu erstellen und diesen in einem verschlossenen, deutlich erkennbar als vertrauliche Arztsache zu kennzeichnenden und an die Festsetzungsstelle adressierten Umschlag zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden.

Mit der Erstellung eines Gutachtens nach Formblatt Anlage 3*) beauftragt die Festsetzungsstelle einen vom Bundesministerium des Innern benannten Gutachter; sie leitet ihm dazu gleichzeitig den ungeöffneten Umschlag mit dem Bericht des Arztes sowie

- das Formblatt Anlage 1,
- das Formblatt Anlage 4*) in dreifacher Ausfertigung,
- einen an den Bearbeiter der Festsetzungsstelle adressierten, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag und
- gegebenenfalls die Bestätigung des Arztes bei fehlender Zusatzausbildung des Diplompsychologen/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zu.

Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummer 2.3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1) ist der vom behandelnden Therapeuten begründete Verlängerungsbericht entsprechend Satz 2 dem mit dem Erstgutachten beauftragten Gutachter zur Stellungnahme zuzuleiten. Dabei ist das Formblatt Anlage 3 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. Der Gutachter teilt seine Stellungnahme nach Formblatt Anlage 4 in zweifacher Ausfertigung in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle mit. Eine Ausfertigung leitet die Festsetzungsstelle dem behandelnden Arzt zu.

- 5.3 Hält es die Festsetzungsstelle im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens für notwendig, ein Obergutachten einzuholen, beauftragt der Beihilferechtigte den behandelnden Arzt, eine Kopie von dessen Bericht an den Gut-

*) Vom Abdruck der Anlage wird aus Platzgründen abgesehen.

achter (Formblatt Anlage 2) in einem verschlossenen, deutlich erkennbar als vertrauliche Arztsache zu kennzeichnenden und an die Festsetzungsstelle adressierten Umschlag zur Weiterleitung an den Obergutachter zu übersenden.

Die Festsetzungsstelle beauftragt einen vom Bundesministerium des Innern benannten Obergutachter; sie leitet ihm den ungeöffneten Umschlag mit der Kopie des Berichts des Arztes sowie

- das Psychotherapie-Gutachten,
- einen an den Bearbeiter der Festsetzungsstelle adressierten, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag und
- gegebenenfalls eine erneute Stellungnahme des behandelnden Therapeuten zu.

Ist der psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten.

- 5.4 Ein Anerkennungsbescheid ist dem Beihilfberechtigten nach Formblatt Anlage 4a*) zu erteilen.
- 5.5 Die Kosten des Gutachtens bzw. Obergutachtens trägt die Festsetzungsstelle.
- 5.6 Neben den Aufwendungen für die verbale Intervention nach Nummer 4.1 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 (Nummer 849 GOÄ) sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 2

1. 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.
2. Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel sind nicht beihilfefähig. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z.B. D-Fluoretten, Vigantolekten) bei Säuglingen und Kleinkindern.
3. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen.
4. Zu den Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, gehören z.B. Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwasser (z.B. Fachinger, Heppinger, St. Margareten Heilwasser), medizinische Körperpflegemittel und dergleichen.

In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für vollbilanzierte Formeldiäten beihilfefähig, wenn diese aufgrund 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)
 - Tumorthapien (auch nach der Behandlung)
 - postoperativer Nachsorge.
5. Aufwendungen für empfängnisregelnde Mittel sind nicht beihilfefähig, es sei denn, sie werden als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.
 6. Aufwendungen für Mund- und Rachentherapeutika sind bei Pilzinfektionen beihilfefähig. Aufwendungen für Abführmittel sind dann beihilfefähig, wenn die Abführmittel wegen einer schweren Grunderkrankung lebensnotwendig sind (z.B. postoperative Zustände, schwere Erkrankungen des Darms, Querschnittslähmung).
 7. 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.
 8. Die Höhe des 1,1fachen Satzes des Mindestruhegehaltes gibt das Bundesministerium des Innern bekannt. *) Maßgebend für die Festsetzung der Beihilfe ist das Mindestruhegehalt zum Zeitpunkt der Antragstellung. Maßgebend sind die Bruttoversorgungsbezüge vor Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften; dies gilt nicht bei der Kürzung von Versorgungsbezügen nach § 57 BeamtVG (Versorgungsausgleich).
 9. Maßgebend für den Abzugsbetrag nach den Sätzen 1 und 2 ist der Apothekenabgabepreis bzw. der Festbetrag der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen (rep.) bzw. bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen.
 10. Zur Befreiung vom Abzugsbetrag für Schwangere benötigt die Festsetzungsstelle entweder eine Kennzeichnung des Arzneimittels durch den verschreibenden Arzt oder eine entsprechende Erklärung der Schwangeren mit Angabe der Dauer der Schwangerschaft.

Zu Absatz 1 Nr. 3

1. Die in Satz 3 genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Heilhilfsberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich anerkannte

*) Der 1,1fache Satz des Mindestruhegehaltes beträgt seit 1. 1. 1997 monatlich 2.443,- DM.

Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Rd. Erlaß vom 30.7.1979, Nds. MBl. S. 1499) oder staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlafhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7.6.1990, 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 im orthopädisch-traumatologischen Bereich der erweiterten ambulanten Physiotherapie werden nur aufgrund einer Verordnung von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und Rehabilitation 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, tendinitis calcarea, periathritis humero-scapularis (PHS)

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

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

2.1.3 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfaßt je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
– Krankengymnastische Einzeltherapie
– physikalische Therapie nach Bedarf
– medizinisches Aufbautraining
und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:
– Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
– Isokinetik
– Intervassermassage

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.

3. Für Heilbehandlungen durch die in Satz 3 genannten Behandler werden die beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 4 Satz 2 auf folgende beihilfefähige Höchstbeträge begrenzt:

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag DM
----------	----------	---------------------------------

I. Inhalationen¹⁾

1 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation 12,-

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag DM
----------	----------	---------------------------------

2 a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer 6,-
b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer 10,-
3 a) Radon-Inhalation im Stollen 22,-
b) Radon-Inhalation mittels Hauben 27,-

II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen

4 Krankengymnastische Behandlung²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage – 35,-
5 Krankengymnastische Behandlung²⁾³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluß der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten 40,-
6 Krankengymnastische Behandlung²⁾³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten 60,-
7 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer 12,-
8 Krankengymnastik in einer Gruppe⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer 19,-
9 Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung von Mukoviszidose und vergleichbar schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer 23,-
10 Bewegungsübungen²⁾ 14,-
11 a) Krankengymnastische Behandlung/ Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 43,-
b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 21,-
12 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen²⁾⁵⁾, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten 40,-
13 Chirogymnastik⁷⁾ – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 26,-
14 Erweiterte ambulante Physiotherapie^{10),11)} Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag 160,-
15 entfällt
16 Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene) 9,-
17 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perlsches Gerät, Schlingentisch) 12,-

III. Massagen

18 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Columnmassage)²⁾ 25,-

19 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder⁷⁾
a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten 35,-
b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten 53,-
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität⁸⁾ 16,-

20 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wassereinhalten von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperatureinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe 40,-

IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

21 Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 19,-
22 a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –
– bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) – bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung 22,-

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag DM
----------	----------	---------------------------------

von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid Teilpackung 36,-
Großpackung 51,-

b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 27,-
c) Kaltpackung (Teilpackung) – Anwendung von Lehm, Quark o.ä. 14,-
– Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid 28,-

d) Heblumensack, Peloidkomresse 17,-
e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz 8,-
f) Trockenpackung 6,-

23 a) Teilguß, Teilblitzguß, Wechselteilguß 6,-
b) Vollguß, Vollblitzguß, Wechselvollguß 8,-
c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung 7,-

24 a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauflaffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 22,-
b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 36,-
– einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 21,-
25 a) Wechsel-Teilbad 17,-
b) Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 24,-

26 Bürstenmassagabad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 35,-
27 a) Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 58,-
b) Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 70,-

28 Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 53,-
a) Teilbad 60,-
b) Vollbad 60,-

30 Medizinische Bäder mit Zusätzen
a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzläsärehaltige Zusätze 12,-
b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 24,-
c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 33,-
d) Weitere Zusätze, je Zusatz 6,-

31 Gashaltige Bäder
a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 35,-
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 41,-
c) Kohlendioxydgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 38,-
d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 33,-
e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat 6,-

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 6 DM. Zusatz hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 d beihilfefähig.

V. Kälte- und Wärmebehandlung

32 Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung, Kaltgas, Kaltluft) 18,-
33 Eisteilbad 18,-

34 Heißluftbehandlung⁹⁾ oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot-) eines oder mehrerer Körperteile 10,-

VI. Elektrotherapie

35 Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese – 12,-
36 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen) 12,-

37 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom,

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, 12, und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnoserstellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z.B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlußprüfung anerkannt werden.
8) Das notwendige Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.
9) Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
10) Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden.
11) Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag DM
	diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	12,-
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	23,-
39	Iontophorese	12,-
40	Zwei- oder Vierzellenbad	20,-
41	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz	
	– einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	40,-
VII. Lichttherapie		
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht ⁹⁾	
	a) als Einzelbehandlung	6,-
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	5,-
43 a)	Reizbehandlung ⁹⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	6,-
	b) Reizbehandlung ⁹⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	10,-
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	12,-
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	17,-
VIII. Logopädie		
46 a)	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	57,-
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	90,-
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Minstdauer 30 Minuten	57,-
	b) Minstdauer 45 Minuten	75,-
	c) Minstdauer 60 Minuten	94,-
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, Minstdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	29,-
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	57,-
50	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Minstdauer 30 Minuten	57,-
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Minstdauer 45 Minuten	75,-
	c) bei psychischen Störungen, Minstdauer 60 Minuten	94,-
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Minstdauer 30 Minuten	57,-
52	Gruppenbehandlung	
	a) Minstdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	26,-
	b) bei psychischen Störungen, Minstdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	52,-
X. Sonstiges		
53	Ärztlich verordneter Hausbesuch	16,-
54	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,52 DM 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 ansetzbar.		
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 20 DM beihilfefähig; Platzfreihaltgebühren 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 20 DM beihilfefähig. Für die Kosten für Unterkunft und Verpflegung gilt Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b, für Platzfreihaltgebühren 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. Frühfördererichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten und die in Hinweis 2 zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b genannten Einrichtungen sein.

Zu Absatz 1 Nr. 4

- Die in Nummer 7 der Anlage 3 genannten Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind medizinische Kompressionswadenstrümpfe, -halbhschenkelstrümpfe, -strumpfhoosen, -stumpfstümpfe, -armstrümpfe sowie Narbenkompressionsbandagen, Ein- und Mehrkammergeräte und Befestigungshilfen (Hautkleber, Strumpfhaltersysteme, Leibteile, Leibgurte).
- 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 500 DM betragen. Das Bundesministerium des Innern kann zu den Verzeichnissen der Nummer 1 sowie der Nummer 9 der Anlage 3 weitere nähere Erläuterungen geben.
- Die Refraktionsbestimmung durch den Augenoptiker nach Nr. 11.1 der Anlage 3 genügt auch, wenn bei der erneuten Beschaffung einer Brille z.B. andere Gläser notwendig werden oder statt einer Brille Kontaktlinsen notwendig sind.

Zu Absatz 1 Nr. 6

- 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 v. H. dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 29 DM täglich beihilfefähig.
- Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die aufgrund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.
- 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 25 DM täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.
- 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.

Zu Absatz 1 Nr. 7

- Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie ggf. der Behandlungspflege bedürfen:
 - Zur Grundpflege zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z.B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z.B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
 - Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, das Beheizen.
 - Die Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen. Die ärztliche Bescheinigung muß Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.
- Bei einer häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspflegerkraft 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 Ersatzpflegerkraft beihilfefähig. Durchschnittliche Kosten einer Krankenpflegerkraft 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 Pflegerkräfte berücksichtigt werden. Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern.

*) Der Höchstsatz beträgt seit 1. 1. 1997 monatlich 5.789,10 DM.

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 Berufspflegerkraft beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 8

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

Zu Absatz 1 Nr. 9

Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus oder Sanatorium aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Zu Absatz 1 Nr. 10

- 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.
- Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken und Behinderten dienen, können insbesondere Heimsonderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Übergangsgemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Wohnheimen für Suchtkranke sein. Voraussetzung ist, daß die Unterbringung anlässlich einer Heilbehandlung nach Absatz 1 Nr. 3 erforderlich ist.
- Betten- und Platzfreihaltgebühren, die für die Unterbringungen durch Krankheit des Behandelten erhoben werden, sind bis zu insgesamt 10 DM 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 2

- Völliger Ausschluss
Gemäß Satz 1 wird für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausgeschlossen:
Autohomologe Immuntherapien (z.B. ACTI-Cell)
Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
Ayurveda-Maharishi-Therapie
Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
Biophotonen-Therapie
Bioresonanztests
Blutkristallisationsstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
Bogomoletz-Serum
Kraftkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomiileusis) nach Prof. Barraquer
Bruchheilung ohne Operation
Chelat-Infusionstherapie
Colon-Hydro-Therapie
Cytotoxologische Lebensmitteltests
Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
Elektro-Neural-Diagnostik
Frischzellentherapie
Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heimagnetischer Grundlage (z.B. Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elek-

tronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik (BFD), Mora-Therapie)

Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität

Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung
Immuno-augmentative Therapie (IAT)
Immunsenen (Serocytol-Präparate)

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

Kariesdetektor-Behandlung
Kinesiologische Behandlung
Kirlian-Fotografie

Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur)

Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie
Modifizierte Eigenblutbehandlung (z.B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Anthaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Gegengensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

Neurotopische Diagnostik und Therapie
Osmotische Entwässerungstherapie
Psycotron-Therapie

Pyramidenenergiebestrahlung
Regeneresen-Therapie

Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen

Rolfing-Behandlung

Schwingfeld-Therapie

Thermoregulationsdiagnostik

Trockenzellentherapie

Vaduril-Injektionen gegen Parodontose

Vibrationsmassage des Kreuzbeins

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.

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 aufgrund 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 Endoprosthesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.

Ozontherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens 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 durch einen Angehörigen der Heilhilfsberufe (z.B. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird der Nummer 4 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 5

1. Der Beihilferechtigte hat bei Anträgen nach Satz 1 das Einkommen und die Höhe der Abzugsbeträge nach Absatz 1 Nr. 2 Satz 1 und Nr. 9 Satz 3 zu belegen. Um den Nachweis für den Beihilferechtigten über die Höhe der

Abzugsbeträge zu erleichtern, hat die Festsetzungsstelle auf dem Beihilfeschcheid oder in der Zusammenstellung der Aufwendungen die innerhalb eines Kalenderjahres sich jeweils ergebende Gesamtsumme der Abzugsbeträge in Kurzform auszuweisen (z. B. Gesamtsumme der Abzugsbeträge bisher 122 DM). Die Abzugsbeträge entstehen mit der Festsetzung der Beihilfe.

2. Bei Anwendung der Belastungsgrenzen von zwei vom Hundert und ein vom Hundert werden jeweils die Abzugsbeträge des Beihilferechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammengerechnet.
3. Das Vorliegen einer Dauerbehandlung (z. B. Behandlung wegen Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma) hat der Beihilferechtigte durch einen entsprechenden Nachweis zu belegen. Dies kann z.B. durch die Vorlage von Verordnungen oder Liquidationen erfolgen, aus denen der Behandlungszeitraum von mindestens einem Jahr erkennbar sein muß.
4. Beispiel für die Berechnung der Belastungsgrenze:
Bei einem Einkommen von 50.000 DM unter Berücksichtigung des Abzugs von 15 vom Hundert für den Ehegatten beträgt das maßgebliche Einkommen 42.500 DM. Die Belastungsgrenze bei zwei vom Hundert liegt damit bei 850 DM je Kalenderjahr. Sobald diese Belastung mit Abzugsbeträgen nach Satz 1 im Laufe eines Kalenderjahres erreicht wird, kann der Beihilferechtigte einen Antrag auf Befreiung von den Abzugsbeträgen für den Rest des Kalenderjahres stellen.

§ 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. Für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist eine Bestätigung des Sanatoriums, daß für eine erfolgsversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist,
 3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
 4. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
 5. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
 6. für den ärztlichen Schlußbericht.
- (2) Die Aufwendungen nach Absatz 1 Nr. 2 bis 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn
 1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
 2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. 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. Die behördliche Feststellung der Notwendigkeit einer Begleitperson bei Schwerbehinderten ergibt sich aus dem amtlichen Ausweis (Merkzeichen „B“ bzw. „BL“). Bei Kindern genügt statt dessen die Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes, daß wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung zur stationären Nachsorge eine Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig ist.
3. Nach Nummer 6 sind die Kosten eines ärztlichen Schlußberichts beihilfefähig. Der Schlußbericht soll bestätigen, daß eine Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

Zu Absatz 2

Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Sanatoriumsbehandlung nicht anerkannt worden, sind nur die 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 23 Kalendertage einschließlich der Reiseitage bis zum Betrag von 30 DM täglich, für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, bis zum Betrag von 25 DM täglich, soweit die Aufwendungen über 25 DM täglich bzw. 20 DM täglich für die Begleitperson hinausgehen,
 3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
 4. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
 5. für den ärztlichen Schlußbericht.
- (3) Die Aufwendungen nach Absatz 2 Nr. 2 bis 5 sind nur dann beihilfefähig, wenn
 1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmassnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes, ersetzt werden kann,
 2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. 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 Beihilferechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während eines Erziehungsurlaubs und der Beurlaubung nach § 79 a Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 Bundesbeamtengesetz*) oder § 48 a Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 Deutsches Richtergesetz sowie während einer Zeit, in der der Beihilferechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, daß der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,
 2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. 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 Beihilferechtigte vorläufig des Dienstes entbunden 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 ortsgelunden sein.

Zu § 8

1. Die Hinweise zu § 7 gelten entsprechend.
2. Das Heilkurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern als Anhang 2**) herausgegeben.

§ 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,

*) jetzt: § 72 a Abs. 4 Nr. 2 Bundesbeamtengesetz

**) Vom Abdruck des Anhangs wird aus Platzgründen abgesehen.

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 sechs 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 30 Pflegeeinsätzen monatlich,
2. der Stufe II bis zu 60 Pflegeeinsätzen monatlich,
3. der Stufe III bis zu 90 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 400 DM,
2. in Stufe II 800 DM,
3. in Stufe III 1.300 DM.

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. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 entsprechend.

Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, daß sie einen Eigenanteil des Einkommens übersteigen. Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfberechtigten 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 Beihilfberechtigten 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 alleinstehenden Beihilfberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfberechtigten 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 § 43 a Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 entsprechend.

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

1. Krankheiten oder Behinderungen sind
 - Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
2. Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
3. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
 - im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, 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 die Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung für alle Pflegebedürftigen 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. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, sind die jeweiligen Höchssätze entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.
7. 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 v.H. des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.
8. Wird ein dauernd Pflegebedürftiger vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung gepflegt (Kurzzeitpflege), sind die Pflegeaufwendungen bis 2.800 DM im Kalenderjahr beihilfefähig.

Zu Absatz 4

1. Andere geeignete Personen sind Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen wenigstens 14 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 nach § 6 Abs. 1 Nr. 6, §§ 7, 8 oder Absatz 7 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 stationären 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.
5. Entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von Satz 3 sind z.B. solche nach § 35 Abs. 1 BVG, § 558 Abs. 3 RVO, § 34 BeamtenVG. Dies gilt nicht für Leistungen nach § 69 a BSHG.
6. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.
7. Für die in Hinweis 1 genannten Personen sind nach Maßgabe des § 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 bekanntgibt.*) 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 (900 DM von 1.800 DM) und das Pflegegeld (400 DM von 800 DM) in Anspruch. Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft	
30 % von 900 DM	= 270 DM
- zum Pflegegeld	
30 % von 400 DM	= 120 DM
Gesamt	= 390 DM.
 - 1.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (900 DM von 1.800 DM) und das Pflegegeld (400 DM von 800 DM) in Anspruch; die hälftige Höchstgrenze für Pflegeleistungen wird nicht überschritten. Als Person nach § 28

b) Leistungen der Beihilfe	
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft	
70 % von 900 DM	= 630 DM
- Pauschalbeihilfe	
400 DM abzüglich 120 DM der privaten Pflegeversicherung	= 280 DM
Gesamt	= 910 DM
- 1.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (900 DM von 1.800 DM) und das Pflegegeld (400 DM von 800 DM) in Anspruch; die hälftige Höchstgrenze für Pflegeleistungen wird nicht überschritten. Als Person nach § 28

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

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 900 DM = 450 DM
– zum Pflegegeld
50 % von 400 DM = 200 DM

Gesamt = 650 DM.

b) Leistungen der Beihilfe
– zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft in gleichem Wert der Leistung der sozialen Pflegeversicherung (Absatz 6) = 450 DM
– Pauschalbeihilfe
50 % von 800 DM = 400 DM
abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 200 DM = 200 DM

Gesamt = 650 DM.

Zu Absatz 7

- Bis zum 31. Dezember 1997 sind angemessen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege pauschal
 - Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 2.000 DM monatlich,
 - Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 2.500 DM monatlich,
 - Für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 2.800 DM monatlich,
 - Für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 3.300 DM monatlich.
- 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 Elftes Buch Sozialgesetzbuch zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch).
- Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch sind nicht beihilfefähig.
- Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Aufwendungen.
- 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.
- Betten- und Platzfreihaltegebühren, die durch die Unterbrechung wegen Krankheit des Pflegebedürftigen erhoben werden, sind beihilfefähig. Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Pflegebedürftigen liegenden Grund bis zu 30 Kalendertagen jährlich.
- 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 b) Doppelbuchstabe bb) zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B zugrunde gelegt, das Bundesministerium des Innern gibt den jeweiligen Betrag bekannt.
- Das Einkommen ist vom Beihilferechtigen durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen:
 - Dienstbezüge im Sinne dieser Vorschrift sind die in § 1 Abs. 2 BBeStG 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, soweit nicht nach § 57 BeamtVG (Versorgungsausgleich) geringere Versorgungsbezüge zustehen.
 - 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.
 - Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz.
 - Ist der Ehegatte berufstätig, kann im Regelfall davon ausgegangen werden, daß die Einkommensgrenze überschritten wird. Soweit der Beihilferechtigte nachweist, daß beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbständigen oder nichtselbständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. Bei monatlich schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten zwölf Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen.
- Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Eigenanteil nach Satz 5 entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Eine Minderung findet nicht für Zeiten einer Berücksichtigung von Bettengeld (vgl. Hinweis 6) statt.
- 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.

- Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; § 14 findet keine Anwendung.
- Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung siehe Hinweis 2 zu § 17 Abs. 2.

Zu Absatz 8

- 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.
- Ist im Einzelfall der Leistungsnachweis nicht ausreichend oder beantragt der Beihilferechtigte abweichend Beihilfe zu einer höheren Pflegestufe, ist mit Zustimmung des Pflegebedürftigen bei der privaten oder sozialen Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
- Erhebt der Beihilferechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist der Widerspruch ggf. als unbegründet zurückzuweisen.
- Für Klagen in Angelegenheiten nach dem SGB XI (z.B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einer Pflegestufe) sind die Sozialgerichte zuständig (Artikel 33 PflegeVG).

Zu Absatz 9

Beihilfefähig sind 10 vom Hundert des nach § 93 Abs. 2 BSHG vereinbarten Heimentgelts, höchstens 500 DM monatlich.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

- 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
 - bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
 - bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
 - 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.
- Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte.
- Beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, ausgenommen jedoch solche aus Anlaß privater Reisen in Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Zu § 10

Zu Absatz 1

Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien und Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1977 S. 32, zuletzt geändert am 24. August 1989, Bundesarbeitsblatt Nr. 10 S. 37; die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien vom 24. August 1989 sind veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 10 S. 44.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

- Aus Anlaß einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen
 - für die Schwangerschaftsüberwachung,
 - entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 5, 6, 8 und 9,
 - für die Hebamme und den Entbindungspfleger,
 - 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,

entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 6 für das Kind.

- Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 250 DM gewährt. Dies gilt auch, wenn der Beihilferechtigte ein Kind, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Pauschalbeihilfe nur einmal gezahlt.

Zu § 11

Zu Absatz 1

- Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutter-Schwangerschaftsrichtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
- 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.

Zu Absatz 2

Für die Beihilfe nach dieser Vorschrift ist der Nachweis durch Belege nicht erforderlich (vgl. § 17 Abs. 3 Satz 1). Diese Beihilfe ist ohne zusätzlichen besonderen Antrag zu den aus Anlaß der Geburt geltend gemachten Aufwendungen zu gewähren. Werden solche Aufwendungen nicht geltend gemacht, z.B. bei Inanspruchnahme von Sachleistungen (§ 5 Abs. 4 Nr. 1), bedarf es eines besonderen Antrages. Die Beihilfe kann auch Beamten gewährt werden, die zur Ableistung des Grundwehrdienstes oder Zivildienstes unter Wegfall der Dienst- oder Anwärterbezüge beurlaubt sind.

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

- In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsortes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zur Höhe von 1.300 DM, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 850 DM gewährt, wenn der Beihilferechtigte versichert, daß ihm Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder auf Grund von Rechtsvorschriften, aus einem Beschäftigungsverhältnis oder aus einer im Sterbemonat nicht ausschließlich durch eigene Beiträge finanzierten Krankenversicherung oder Schadenersatzansprüche von insgesamt mindestens 2.000 DM zu, so beträgt die Beihilfe 650 DM, beim Tod eines Kindes 425 DM; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 4.000 DM zu, wird keine Beihilfe gewährt. Soweit wegen Gewährung von Sterbe- oder Bestattungsgeldern Schadenersatzansprüche kraft Gesetzes übergehen, werden diese Schadenersatzansprüche nicht neben den Sterbe- oder Bestattungsgeldern im Sinne des Satzes 2 bei der Bemessung der Pauschalbeihilfe berücksichtigt. Bestattungsgeld nach § 36 oder 53 Bundesversorgungsgesetz bleibt unberücksichtigt.
- Ferner sind beihilfefähig die Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes.
- Verbleibt mindestens ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger oder selbst beihilfeberechtigter Familienangehöriger oder ein berücksichtigungsfähiges Kind unter fünfzehn Jahren im Haushalt und kann dieser beim Tod des den Haushalt allein führenden Beihilferechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in entsprechender Anwendung des § 6 Abs. 1 Nr. 8 bis zu sechs Monaten, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr beihilfefähig.

Zu § 12

Zu Absatz 1

- Die Beihilfe in Todesfällen von Kindern ist zu gewähren, wenn die Friedhofsgebühren nach dem Tarif für Kinderbestattungen festgesetzt werden; ist dies nicht der Fall, so ist die höhere Beihilfe zu gewähren.
- Bei der Festsetzung der Pauschalbeihilfe bleiben Nachzahlungen von beamtenrechtlichen Sterbegeldern aufgrund einer rückwirkenden Anpassung von Dienst- und Versorgungsbezügen unberücksichtigt.

Zu Absatz 2

Zu den Aufwendungen nach Absatz 2 gehören nicht die Aufwendungen für eine Überführung innerhalb der Gemeinde, weil diese nach Absatz 1 abgegolten sind.

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 12 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

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

- sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, daß die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
 - 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 kurähnlichen Maßnahmen entstehen, ist ausgeschlossen,
 - sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 500 DM 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 einer Heilkur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn
- durch das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten nachgewiesen wird, daß die Heilkur wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, und
 - der Kurort im Heilkurortverzeichnis aufgeführt ist und die sonstigen Voraussetzungen des § 8 vorliegen.
- Die Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 1, 3 bis 5 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig.
- (4) Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne sind beihilfefähig bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes, höchstens für eine Entfernung von siebenhundert Kilometern.

Zu § 13

Zu Absatz 1

- Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Deutsche Mark umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.
- Den Belegen über die Aufwendungen ist eine Übersetzung beizufügen, die bei Aufwendungen von mehr als 500 DM beglaubigt sein muß.
- Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt als Wohnort
 - bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
 - bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienstort. Dies gilt nicht, soweit die besonderen Bestimmungen nach § 18 Abs. 5 anzuwenden sind.
- Aufwendungen für Behandlungen
 - im Kleinen Walsertal (Österreich),
 - in der Höhenklinik Valbella Davos (Schweiz) der Genossenschaft Sanatorium Valbella,
 - in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) der Stiftung Deutsche Heilstätte Davos und Agra,
 - 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, c und d jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluß von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Beihilferechtlich gelten die Höhenklinik Valbella Davos und die Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang als Sanatorium, soweit nicht im Einzelfall eine stationäre Krankenhausbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6) vorliegt und nachgewiesen wird; die Klinik für Dermatologie und Allergie als Krankenhaus (§ 6 Abs. 1 Nr. 6).
- 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.
- 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 Umfang wie Aufwendungen für eine Heilkur (vgl. Absatz 3) beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, daß die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Zu Absatz 3

Das Heilkurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern als Anhang 3 herausgegeben.

§ 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

- den Beihilfeberechtigten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sowie für den entpflichteten Hochschullehrer 50 vom Hundert,
 - den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist, 70 vom Hundert,
 - den berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 vom Hundert,
 - 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.
- (2) Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen
- nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
 - einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten, nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
 - nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter,
 - nach § 12 Abs. 3 als Aufwendungen der ältesten verbleibenden Person.
- (3) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angebotener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 vom Hundert, jedoch höchstens auf 90 vom Hundert. Ab 1. Juli 1994 gilt Satz 1 nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2 a 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. 3 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), oder wenn ein Zuschuß, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 40 DM 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 80 DM 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,

- wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind,
 - wenn sich aus der Anwendung des § 5 Abs. 4 Nr. 4 Härten ergeben oder
 - im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind.
- Die oberste Dienstbehörde kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen. Eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach Satz 1 Nummer 3 scheidet in Fällen des § 9 aus.

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

Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen er-

gibt, 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 Dienststerns führt. Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

Der Leistungsausschluß muß im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluß ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. Ein Leistungsausschluß liegt u.a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z.B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluß nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluß vorliegt. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z.B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

Absatz 3 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach § 9.

Zu Absatz 4

- 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.
- 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.
- 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.
- Sofern eine Beitragsermäßigung nach § 240 Abs. 3 a SGB V gewährt wird, ist die Übergangsvorschrift in Artikel 2 Nr. 2 der Änderungsvorschrift vom 19. September 1989 zu beachten. Der danach erforderliche Nachweis über die Beitragshöhe für eine beihilfekonforme Krankenversicherung bzw. die Nichtaufnahme ist durch Angebote von mindestens zwei privaten Krankenversicherungen zu führen. Die Angebote sollen zum Feststellungszeitpunkt nicht älter als sechs Monate sein. Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 v.H. der Aufwendungen ermöglicht. In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 22 DM 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.
- Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag bleiben unberücksichtigt.

Zu Absatz 5

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

Zu Absatz 6

- Für die Erteilung des notwendigen Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern zur Erhöhung des Bemessungssatzes gemäß Nummer 3 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 v. H. des Gesamteinkommens übersteigen.
Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapi-

talerträge und sonstige laufende Einnahmen des Versorgungsempfängers und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen von 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 v. H. Die Erhöhung gilt für den Versorgungsempfänger und den berücksichtigungsfähigen Ehegatten und erfolgt auf Dauer.

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

- Bei Versicherung in der privaten Krankenversicherung ist ab 1. Juli 1994 Voraussetzung für das Vorliegen eines besonderen Ausnahmefalles, daß der Versicherungsschutz die Bedingungen des § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V erfüllt.

§ 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-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen – 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. Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 11 Abs. 2 sowie § 12 Abs. 1 unberücksichtigt.
- (2) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vornhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vornhundertsatz von 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.

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

- 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, 9, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlaß einer Krankheit.
- Der Nachweis darüber, daß Versicherungsleistungen aufgrund des Versicherungsvertrages nach einem Vornhundertsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.
- Übersteigt der Betrag der nach § 14 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

§ 16

Beihilfen beim Tod des Beihilfeberechtigten

- Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten

Beihilfen zu den bis zu dessen Tod und aus Anlaß des Todes entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. Die Beihilfe bemißt sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod; für die Aufwendungen aus Anlaß des Todes gilt § 12. Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für Aufwendungen aus Anlaß des Todes, für die abweichend von § 12 Abs. 1 ebenfalls Ausgabebelege vorzulegen sind.

(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. Die Beihilfe darf zusammen mit Sterbe- und Bestattungsgeldern sowie sonstigen Leistungen, die zur Deckung der in Rechnung gestellten Aufwendungen bestimmt sind, die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

Zu § 16

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

§ 17

Verfahren

(1) Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt; hierfür sind die vom Bundesministerium des Innern herausgegebenen Formblätter zu verwenden. Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden.

(2) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 DM betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 30 DM übersteigen.

(3) Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. 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 Halbwaisen.

(4) Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege der Festsetzungsstelle vorzulegen.

Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheimzuhalten. Sie dürfen nur für den Zweck verwandt werden, für den sie bekanntgegeben 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, nach § 11 Abs. 2 der Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt, nach § 12 Abs. 1 der Tag des Ablebens 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

- Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu

gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 2 erfüllt waren.

- Beihilfen sind mit dem Formblatt Anlage 5 zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 90 BSHG. Für den Beihilfebescheid soll das Formblatt Anlage 6 benutzt werden, für die Anerkennungsbescheide nach §§ 7, 8 sind die Formblätter Anlage 7 und 8 zu verwenden.

Zu Absatz 2

Die Antragsgrenze von 200 DM 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 oder eine Dialyse-Institution auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, können diese Einrichtungen einen Abschlag mit den Formblättern Anlage 9 und 10 anfordern.
- 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 aufgrund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 90 BSHG einen Beihilfeanspruch geltend machen. Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie der dem Beihilfeberechtigten zustehende, 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.
- Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt den Beihilfeberechtigten nach § 29 BSHG im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den 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 i. S. von Absatz 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung – den Erbringer der Leistungen (z.B. Heim, Anstalt), – den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person), – die Art (z.B. Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und – die Leistungshöhe enthält. Die Rechnung muß vom Erbringer der Leistung erstellt werden. Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des 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

- Auf die im Zeitpunkt des Inkrafttretens 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.
- 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 Beihilfavorschriften vom 13. März 1959 erhöhten Bemessungssätze auch weiterhin angewendet werden.

(3) Ist der Tod eines Beihilferechtigten 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 ohne die Beschränkung des § 12 Abs. 2 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 Bundeseseisen-

bahnvermögens, 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 für Post und Telekommunikation und dem Bundesministerium des Innern für die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse besondere Vorschriften erlassen.

Artikel 2 Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation

- (1) Beihilfefähig nach Artikel 1 sind auch die Aufwendungen
- für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln,
 - aus Anlaß eines beabsichtigten Schwangerschaftsabbruchs für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft,

- für die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch oder eine nicht rechtswidrige Sterilisation.
- Aus Anlaß eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs oder einer nicht rechtswidrigen Sterilisation sind nach Maßgabe des Artikels 1 beihilfefähig die in Artikel 1 § 6 Abs. 1 Nr. 1, 2, 6, 8 bis 10 Buchstabe a bezeichneten Aufwendungen.
- Artikel 1 §§ 14, 15 und 17 findet Anwendung.

Zu Artikel 2

Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation

- Die Beihilfefähigkeit nach Artikel 1 ist insoweit gegeben, als die Voraussetzungen der §§ 1 bis 5 BhV vorliegen.
- Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel (sog. Antibabypille) und Intrauterinpessare (sog. Spirale) zur Empfängnisverhütung sind bei Personen bis zur Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres beihilfefähig. Artikel 1 § 6 Abs. 1 Nr. 2 Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend.

Anhang 1

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

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1 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 Sinn 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.“

1.2 Ambulantes Operieren

Nach Abschnitt C VIII des Gebührenverzeichnisses der ärztlichen Leistungen können zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen Zuschläge nach den Nummern 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.

1.3 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 bzw. 1,8facher Satz). Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

1.4 Minderung der ärztlichen Honorare bei stationärer ärztlicher Behandlung

Nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vorund 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 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).

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Auslegung des § 6a GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Die Gebührenminderungspflicht nach § 6a Abs. 1 GOÄ gilt nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift für sämtliche vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen. Der Vorschrift liegt im Interesse der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abzielt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die vorbezeichneten Leistungen im Einzelfall entstehen. Privatärztliche Leistungen, die in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einer sonstigen Einrichtung erbracht werden, in die der Patient zur stationären oder teilstationären ärztlichen Versorgung aufgenommen ist oder in der er vor- oder nachstationär behandelt wird (stationäre Einrichtung), unterliegen daher mit Ausnahme des Zuschlags nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der GOÄ ausnahmslos der Minderungspflicht. Dies gilt - selbst wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien einsetzt - z.B.

- für wahlärztliche, belegärztliche oder sonstige privatärztliche Leistungen (z. B. in privaten Krankenanstalten) sowie
- für konsiliarärztliche Leistungen in der stationären Einrichtung.

Als außerhalb der stationären Einrichtung erbracht können in diesem Zusammenhang demnach nur Leistungen angesehen werden, die an einem Ort erbracht werden, der zu der stationären Einrichtung, in die der Patient aufgenommen ist oder in der er vor- oder nachstationär behandelt wird, keinen Zusammenhang aufweist (z.B. Praxisräume eines niedergelassenen Arztes). Die Trennung

muß für den Patienten deutlich erkennbar sein. Bei Leistungen, die in Räumen eines Krankenhauses durchgeführt werden, ist dies in der Regel nicht der Fall.

Im übrigen ist davon auszugehen, daß Ausnahmen von der Minderungspflicht nur für solche privatärztliche Leistungen in Betracht kommen können, die im Einzelfall in der stationären Einrichtung nicht erbracht werden können und deshalb an Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb der stationären Einrichtung vergeben werden müssen. In solchen Ausnahmefällen muß der Patient nach § 4 Abs. 5 GOÄ und ggf. in einer Vereinbarung gemäß BPfIV darauf hingewiesen werden, daß ihm solche Leistungen gesondert berechnet werden. Andernfalls muß der Patient davon ausgehen können, daß alle an der stationären, teilstationären sowie vor- oder nachstationären ärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte der Minderungspflicht unterliegen.

Die vorstehenden Ausführungen gelten für die Gebührenminderungspflicht bei privatärztlichen Leistungen nach § 7 GOZ entsprechend.“

1.5 Analoge Bewertungen

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

Verzeichnis der Analogbewertung

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in DM
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	34,20
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus	70	40	4,56
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	57,00
A 409	A-Bild-Sonographie	410	200	22,80
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	18,01
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie-oderFußblock	476	380	43,32
A 618	H2-Atemtest (z.B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617	341	38,87
A 619	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen	615	227	25,88
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotentiale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotential EKG)	652	445	50,73
A 704	Anatonomie	1791	148	16,87
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung	648	605	68,97
A 796	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650	152	17,33
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines 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	22,80

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in DM
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschalllicht	1158	739	84,25
A 3732	Troponin-T-Schnelltest	3741	200	22,80
A 3733	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736	120	13,68
A 3734	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736	120	13,68
A 3757	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z.B. Liquor, Gelenk- oder Pleurapunktat)	3760	70	7,89
A 4463	Qualitative Bestimmung von Aritikörpern mittels Ligandenassay – ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462	230	26,22

2. Gegenüberstellung der Leistungsverzeichnisse GebÜH - GOÄ nach § 5 Abs. 1 Satz 3 BhV
Sind unter einer GebÜH-Nr. verschiedene Leistungen aufgeführt, die in der GOÄ
– mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, ist die GebÜH-Nr. in der Reihenfolge der Leistungsaufzählung untergliedert in A, B etc.,
– unter verschiedenen Nrn. mit einer einheitlichen Gebühr bewertet werden, ist der GebÜH-Nr. nur die GOÄ-Nr. für die erste Leistung gegenübergestellt.
Ist eine Leistungsbeschreibung nur bedingt vergleichbar ist der GOÄ-Nr. das Kennzeichen A für analoge Bewertung voranzustellen.
In die GOÄ nicht aufgenommene Leistungen sind - soweit möglich - analog bewertet oder mit Anmerkungen versehen, die z.B. auf die wissenschaftlich nicht allgemeine Anerkennung nach § 6 Abs. 2 BhV hinweisen.

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 sind zu zwei Drittel, Aufwendungen für Edelmetalle und Keramik – außer Glaskeramik, vergleiche Nummer 8 – zur Hälfte 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),
- Zahnbettterkrankungen – Parodontopathien –,
- umfangreiche Gebißeisnerung, 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:

- Einzelzahnlücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
- Freiendücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
- Fixierung einer Totalprothese.

Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnlücken 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 Seitenzahngelände 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. Einschränkungen für Personen, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind

Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F 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) einschließlich zahntechnischer Leistungen sind für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die jeweils nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, nicht beihilfefähig.

Dies gilt nicht für Aufwendungen für prothetische Leistungen, wenn diese Leistung aufgrund eines Unfalls erforderlich sind,

– durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt sind,

– durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt sind

oder

– zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig sind.

8. 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 Körpersersatzstücke

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

Abduktionslagerungskeil
Absauggerät (z. B. bei Kehlkopfkrankung)
Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege

und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
Alarmgerät für Epileptiker
Anatomische Brillenfassung
Anti-Varus-Schuh
Anus-praeter-Versorgungsartikel
Anzieh-/Ausziehhilfen
Aquamat
Armmanschette
Armtragegurt/-tuch
Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprüfung)
Aufrichteschlaufe
Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)
Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/
-pipette/-stäbchen
-pumpen/-klappe, auch als Folie
Badestrumpf
Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalen-

doprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthrit)
Badewannenverkürzer
Ballspritze
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

Closett-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
Ergonomische Bandage/-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

Gehgipsgalosse
Gehhilfen und -übungsgeräte
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atrophischer 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, Skolitrosergerät)
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, Taschengerate, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik. IdO-Geräte bis zur Höhe der Kosten von HdO-Geräten)
Hüftbandage (z. B. Hohmann-Bandage)

Impuls vibrator
Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör
Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
Innenschuh, orthopädischer
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/Kniekutschler bei Unterschenkelamputation
Knöchel- und Gelenkstützen
Körperersatzstücke einschl. Zubehör
Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
Koordinator nach Schielbehandlung
Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
Kopfschützer
Krabbler für Spastiker
Krampfaderrinde
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 (Lesestände, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
Lifter (Krankenlifter, Multiift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
Lispelsonde

Mangoldsche Schnürbandage
Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig her-

stellbar sind, soweit die Aufwendungen 100 DM übersteigen
Milchpumpe, in Einzelfällen auch elektrisch betriebene
Mundsperrerr
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-Schuh, soweit die Aufwendungen 100 DM 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
Stumpfstumpf
Suspensorium
Symphysen-Gürtel

(Talocur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
Teleskoprampe
Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Lurche)
Tragegurtsitz

Übungsschiene
Urinale
Urostomie-Beutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe
Wechseldruckgerät
Wright-Peak-Flow-Mete!

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

- Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.
- 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.
- 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.
- Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
- Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 200 DM hinausgehen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
- Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, in Höhe von 80 vom Hundert beihilfefähig.
- Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 1.000 DM beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverlet-

zung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall bei männlichen Personen vor Vollendung des 25. Lebensjahres oder bei weiblichen Personen vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muß. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.

- 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
Autofahrrückenstütze
Autokindersitz
Autokofferraumlifter
Autolifter

Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte
Badagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)
Basalthermometer
Basisrampe
Bauchgurt
Behindertestuhl „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
Elektrofahrräder (z. B. LARK, Graf Carello)
Elektro-Luftfilter
Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)
Elektronisches Notizbuch
Ess- und Trinkhilfen
Expander

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

Ganter-Aktiv-Schuhe (Mini)
Garage für Krankenfahrzeuge

Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)

Handtrainer
Hängeliege
Hantel (Federhantel)
Hausnotrufsystem
Hautschuttmittel
Heimtrainer
Heizdecke/-kissen
Hilfsgeräte für die Hausarbeit
Holzsandalen
Höhensonne
Hörkissen
Hörkragen Akusta-Coletta

Intracallgerät „NOVAFON“
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)
Ionopront, Permax-Sauerstoffherzeuger

Katapultsitz
Katzenfell
Klingelleuchte
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
Luftpollsterschuhe
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 Kehlkopflöse
 Stockroller
 Stockständer
 Stützstrümpfe
 Stufenbett
 SUNTRONIC-System (AS 43)

Taktellgerät
 Tamponapplikator
 Tandem für Behinderte
 Telefonverstärker
 Telefonhalter
 Therapeutische Wärmesegmente
 Therapeutisches Bewegungsgerät
 Tinnitus-Masker
 Transit-Rollstuhl
 Treppenlift, Monolift, Plattformlift
 Tünkens 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. Die Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

11.1 Voraussetzungen für die Beschaffung von Sehhilfen
 Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes.

Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu 25 DM je Sehhilfe beihilfefähig.

11.2 Brillen

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

– für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):

Einstückengläser: für das sph. Glas = 60 DM
 für das cyl. Glas = 80 DM

Mehrstückengläser: für das sph. Glas = 140 DM
 für das cyl. Glas = 180 DM

– bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt) zuzüglich je Glas = 40 DM

– Dreistufen- oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas = 40 DM

– Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas = 40 DM.

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 40 DM

– bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,

– bei Anisometropien ab 2 dpt,

– unabhängig von der Gläserstärke

a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,

b) 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,

c) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

11.3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas bis zu 20 DM

– bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),

– bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),

– bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht beherrschbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zykklitis),

– bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,

– bei Ziliarneurralgie,

– bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,

– bei totaler Farbenblindheit,

– bei Albinismus,

– bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,

– bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),

– bei Gläsern ab + 10 dpt,

– im Rahmen einer Fotochemotherapie,

– bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

11.4 Kontaktlinsen

11.4.1 Die Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:

– Myopie ab 8 dpt,

– progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf in einem Zeitraum von 3 Jahren nachweisbar ist,

– Hyperopie ab 8 dpt,

– irregulärer Astigmatismus,

– regulärer Astigmatismus ab 3 dpt,

– Keratokonus,

– Aphakie,

– Aniseikonie,

– Anisometropie ab 2 dpt,

– als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,

– als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,

– als Irislinse bei Substanzerlust der Regenbogenhaut,

– druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.

11.4.2 Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind die folgenden Aufwendungen – im Rahmen der Nr. 11.2 und 11.3 – beihilfefähig für

– eine Reservebrille oder

– eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinse und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie und bei über Vierzigjährigen.

11.5 Andere Sehhilfen

Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, werden die Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt.

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

11.6 Erneute Beschaffung von Sehhilfen

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

– sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,

– die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder

– bei Kindern sich die Kopfform geändert hat.

11.7 Die Aufwendungen für

– Bildschirmbrillen

– Brillenversicherungen -

– Einmalkontaktlinsen

– Etui sind nicht beihilfefähig.

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

a) Anschaffungskosten für zwei Langstöcke sowie ggf. für elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung.

b) Aufwendungen für ein ambulant durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung:

– Stundensatz von höchstens 50 DM für die Unterweisung bis zu 60 Stunden einschl. des erforderlichen Unterrichtsmaterials, darüber hinaus in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 20 Stunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 20 Stunden,

– Ersatz der notwendigen Fahrkosten für Fahrten des Trainers in Höhe von 0,52 DM je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,

– Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist, bis zu einem Betrag von 50 DM täglich.

Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

c) Aufwendungen für ein stationär durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung:

– Fahrkosten für die An- und Abreise nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,

– Kursgebühr entsprechend Buchstabe b,

– Kosten der Unterkunft nach § 6 Abs. 1 Nr.10 Buchstabe a.

Soweit nach dem Grundtraining eine ergänzende Unterweisung am Wohnort des Blinden erforderlich ist, können die Aufwendungen im notwendigen Umfang unter entsprechender Anwendung des Buchstaben b anerkannt werden.

d) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes,

*) Vom Abdruck wird aus Platzgründen abgesehen.

Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstaben b und c.

e) Die Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft

und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

f) 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.