

# Entwurf Vorblatt

## Rechtsverordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits- Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)

### **A. Problem und Ziel**

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch Urteil vom 17. Juni 2004 (2 C 50.02) entschieden, dass die Beihilfevorschriften nicht dem verfassungsrechtlichen Gesetzesvorbehalt genügen. Danach dürfen die Grundsatzentscheidungen des Beihilfe-rechts nur durch den Gesetzgeber getroffen werden. Das Gericht hat ausgeführt, dass die bisherigen Beihilfevorschriften bis zum Erlass neuer, verfassungsrechtlich unbedenklicher Regelungen, noch übergangsweise weiter angewandt werden können. Die Schaffung einer verfassungsgemäßen Rechtsgrundlage für die Beihilfe des Bundes ist daher dringend geboten.

### **B. Lösung**

Es wird eine Rechtsverordnung auf der Grundlage des Bundesbeamten-gesetzes erlassen. In § 79 BBG werden die wesentlichen Strukturprinzipien des Beihilfe-rechts durch den Gesetzgeber festgelegt.

Das Beihilferecht des Bundes wird in der Rechtsverordnung neu gefasst und insbesondere für den Rechtsanwender übersichtlicher strukturiert und verständlicher formuliert. Die bislang gesondert in einer Verwaltungsvorschrift geregelten Abweichungen für Bundesbedienstete im Ausland sind in den Entwurf der Rechtsverordnung integriert.

Die Rechtsverordnung zeichnet inhaltlich das bisher geltende Beihilferecht im Wesentlichen nach. Abweichungen gegenüber dem bisherigen Recht enthalten folgende Punkte:

- Die Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Ehegatten wird von gegenwärtig 18.000 Euro auf 10.000 Euro reduziert.
- Die Zuordnung von Kindern bei mehreren Beihilfeberechtigten.
- Das Kapitel zahnärztliche Leistungen, insbesondere die Regelungen zu der Erstattungsfähigkeit von Implantaten, wird neu geregelt und an die aktuelle Rechtsprechung angepasst.

- Die Beihilfefähigkeit ambulanter Heilkuren entfällt.
- Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen werden in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung neu geregelt.
- Erhöhung der Grenze für eine vereinfachte Abrechnung von außerhalb der Staaten der Europäischen Union entstandenen Aufwendungen.
- Die durch das Gesetz zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung - GSK-Wirtschaftlichkeitsgesetz – für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Maßnahmen werden, soweit aufgrund der Strukturunterschiede möglich, wirkungsgleich auf den Bereich der Beihilfe übertragen.
- Es wird die Möglichkeit geschaffen, dass sich das BMI mit Zustimmung des BMF an Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung durch pauschale Zahlungen beteiligt.

### **C. Alternativen**

Keine.

### **D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte**

- Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand:  
Es werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine noch effizientere Bearbeitung von Beihilfevorgängen und zur Kooperation mit Dritten unter Beachtung der Erfordernisse des Datenschutzes geschaffen.

Mehrkosten entstehen nicht. Der Veränderung der Regelungen zur Beihilfefähigkeit einzelner Leistungen (Haushaltshilfe, Implantate), stehen Einsparungen bei anderen Regelungen (Einkommensgrenze Ehegatten, Ausschluss ambulanter Kuren) gegenüber.

Einsparungen, die derzeit nicht beziffert werden können, entstehen durch einen reduzierten Verwaltungsaufwand einfacher anwendbarer Beihilferegelungen insbesondere für die Abrechnungspraxis.

- Vollzugaufwand:

Über den bisherigen Aufwand hinaus entsteht kein nennenswerter zusätzlicher Vollzugaufwand, dieser wird in Teilbereichen sogar reduziert.

## **E. Sonstige Kosten**

Der Wirtschaft, insbesondere der mittelständischen Wirtschaft, entstehen keine zusätzlichen Kosten. Auswirkungen auf Einzelpreise, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

**Entwurf**

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

Vom .....

Auf Grund des § 78 Bundesbeamtengesetz (BBG) verordnet das Bundesministerium des Innern (BMI) im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt (AA), dem Bundesministerium der Finanzen (BMF), dem Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG):

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

**Inhaltsverzeichnis**

**Abschnitt I            Allgemeine Vorschriften**

- § 1    Anwendungsbereich
- § 2    Begriffsbestimmungen
- § 3    Beihilfeberechtigte Personen
- § 4    Berücksichtigungsfähige Angehörige
- § 5    Beihilfeberechtigung
- § 6    Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen
- § 7    Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
- § 8    Ausschluss der Beihilfefähigkeit
- § 9    Anrechnung von Leistungen
- § 10  Ausschluss der Beihilfe
- § 11  Rechtsnatur des Beihilfeanspruchs

## **Abschnitt II            Aufwendungen in Krankheitsfällen**

### **Kapitel            Ambulante Leistungen**

- § 12    Ärztliche Leistungen
- § 13    Heilpraktiker

### **Kapitel            Zahnärztliche Leistungen**

- § 14    Zahnärztliche Leistungen
- § 15    Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- § 16    Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahntechnischen Leistungen
- § 17    Zahnärztliche Leistungen bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf

### **Kapitel            Ambulante Psychotherapeutische Leistungen**

- § 18    Soziotherapie
- § 19    Psychotherapeutische Leistungen
- § 20    Psychosomatische Grundversorgung
- § 21    Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- § 22    Verhaltenstherapie

### **Kapitel            Sonstige Leistungen**

- § 23    Arznei- und Verbandmittel
- § 24    Heilbehandlungen
- § 25    Komplexleistungen
- § 26    Hilfsmittel
- § 27    Krankenhausleistungen
- § 28    Häusliche Krankenpflege
- § 29    Familien- und Haushaltshilfe
- § 30    Familien- und Haushaltshilfe im Ausland
- § 31    Fahrtkosten
- § 32    Auswärtige ambulante Behandlungen

## **Abschnitt III            Aufwendungen zu Rehabilitationsleistungen und Kuren**

- § 33    Anschlussheil-/Suchtbehandlungen
- § 34    Rehabilitationsmaßnahmen
- § 35    Voraussetzung für eine Rehabilitationsmaßnahme

#### **Abschnitt IV      Aufwendungen in Pflegefällen**

- § 36 Pflegebedürftigkeit
- § 37 Häusliche und teilstationäre Pflege
- § 38 Stationäre Pflege
- § 39 Hospize

#### **Abschnitt V      Aufwendungen in sonstigen Fällen**

- § 40 Vorsorgemaßnahmen
- § 41 Geburt
- § 42 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
- § 43 Beihilfe nach dem Tod des Beihilfeberechtigten
- § 44 Außerhalb der Staaten der Europäischen Union entstandene Aufwendungen
- § 45 Andere Leistungen

#### **Abschnitt VI      Leistungsumfang, Verfahren**

- § 46 Bemessung der Beihilfen
- § 47 Abweichender Bemessungssatz
- § 48 Begrenzung der Beihilfen
- § 49 Eigenbehalte
- § 50 Belastungsgrenzen
- § 51 Antragsverfahren
- § 52 Geheimhaltungspflicht
- § 53 Festsetzungsstellen
- § 54 Ausschlussfrist
- § 55 Übergangs- und Schlussvorschriften

#### **Inkrafttreten**

- § 56 Inkrafttreten

## **Abschnitt I Allgemeine Vorschriften**

### **§ 1 Anwendungsbereich**

Die Verordnung gilt für Beihilfeberechtigte des Bundes und deren berücksichtigungsfähige Angehörige. Beihilfe wird in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten, bei Schutzimpfungen und in sonstigen Fällen gewährt. Die Beihilfe ergänzt die gesundheitliche Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

### **§ 2 Begriffsbestimmungen**

Im Sinne dieser Verordnung sind

1. Angehörige gemäß §§ 8 und 27 die Ehegattin, der Ehegatte, die Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person
2. Beamtinnen und Beamte auch diejenigen, die den dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben und in das Ausland abgeordnet sind sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige,
3. Beihilfeberechtigungen auch nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften möglich, wenn ein Anspruch auf Beihilfe auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer der Beihilfeverordnung des Bundes im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht,
4. Kinder von Beihilfeberechtigten, solche, für die Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommenssteuergesetz oder nach dem Bundeskindergeldgesetz besteht, oder ohne Berücksichtigung der §§ 64 und 65 Einkommenssteuergesetz oder der §§ 3 und 4 Bundeskindergeldgesetz bestehen würde.
5. Sitzungen bei psychotherapeutischen Einzelbehandlungen, solche von jeweils mindestens 50 Minuten und bei Gruppenbehandlungen, solche von jeweils mindestens 100 Minuten Dauer,
6. pflegebedürftige Personen, solche, die die Voraussetzungen nach § 14 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllen,
7. Leistungen der Kurzzeitpflege, solche, bei denen eine dauernd pflegebedürftige Person vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung gepflegt wird,

8. Einkommen die Dienst- und Versorgungsbezüge, ohne kinderbezogene Zuschläge und Zulagen, nach beamtenrechtlichen Vorschriften sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens,
9. Bemessungssätze die Prozentsätze der beihilfefähigen Aufwendungen, in deren Höhe Beihilfen gewährt werden.

### **§ 3**

#### **Beihilfeberechtigte Personen**

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamtinnen und Beamte,
2. Richterinnen und Richter,
3. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger,
4. frühere Beamtinnen und Beamte.

(2) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richterinnen und Richter,
2. Beamtinnen und Beamte und Richterinnen und Richter, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst im Sinne des § 40 Abs. 6 Bundesbesoldungsgesetz beschäftigt sind,
3. Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

### **§ 4**

#### **Berücksichtigungsfähige Angehörige**

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. die Ehegattin oder der Ehegatte von Beihilfeberechtigten, soweit deren Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz oder vergleichbare ausländische Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Entstehung der Aufwendungen 10.000 Euro nicht übersteigt. Ehegatten von Waisen sind nicht berücksichtigungsfähige Angehörige.



2. Kinder von Beihilfeberechtigten.
3. Kinder von Beamtinnen und Beamten nach § 2 Nummer 2, wenn grundsätzlich Anspruch auf einen Kinderzuschlag nach § 56 Bundesbesoldungsgesetz besteht.  
Kinder von Waisen sind keine berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

## **§ 5**

### **Beihilfeberechtigung**

(1) Beihilfeberechtigung besteht, wenn Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeiträge nach Abschnitt II, III und V Beamtenversorgungsgesetz oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI Beamtenversorgungsgesetz gezahlt werden. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen Elternzeit, Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden.

(2) Die Beihilfeberechtigung muss zu dem Zeitpunkt bestehen, zu dem die Leistung erbracht wird; Angehörige müssen zu diesem Zeitpunkt berücksichtigungsfähig sein.

## **§ 6**

### **Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen**

(1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen hat die Beihilfeberechtigung

1. aus einem Dienstverhältnis Vorrang gegenüber einer Beihilfeberechtigung
  - a) aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder
  - b) als berücksichtigungsfähigem Angehörigen.
2. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs Vorrang gegenüber der Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsbezüge,
3. nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften Vorrang gegenüber einer Beihilfeberechtigung
  - a) aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger,
  - b) als berücksichtigungsfähigem Angehörigen.

(2) Beihilfe zu Aufwendungen für ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird demjenigen gewährt, der das Kindergeld bezieht.

## **§ 7**

### **Beihilfefähigkeit der Aufwendungen**

(1) Beihilfefähig sind Untersuchungen oder Behandlungen nach einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode. Das BMI kann in anderen Fällen die Beihilfefähigkeit ausdrücklich zulassen. Leistungen für Heilpraktiker sind beihilfefähig, soweit sie nach Abs. 2 Satz 4 angemessen sind. Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Ganz oder teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind in Anlage 1 festgelegt.

(2) Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Soweit keine begründeten Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Für Beihilfeberechtigte, die in einem beihilfeergänzenden Basistarif versichert sind, beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach den zwischen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Trägern der Beihilfe und den kassenärztlichen und bundeskassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten Gebührenregelungen. Aufwendungen von Heilpraktikern sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen.

(3) Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit von Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu medizinische Gutachten einholen. Die Kosten hierfür hat die Festsetzungsstelle zu tragen. Stimmt der Beihilfeberechtigte oder die Beihilfeberechtigte der Einholung des Gutachtens nicht zu, ist die Beihilfe zu versagen.

(4) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Form eines prozentualen Anteils und in Pflegefällen in Form von Pauschalen gezahlt. In Ausnahmefällen kann die Auszahlung der Beihilfe mit Einverständnis der oder des Beihilfeberechtigten an Dritte erfolgen.

(5) Für den Personenkreis nach § 2 Nummer 2 gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als angemessen. Bei festgelegten Höchstbeträgen kann in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten, wenn die Aufwendungen in Fremdwährung entstanden sind.

## **§ 8**

### **Ausschluss der Beihilfefähigkeit**

Aufwendungen sind nicht beihilfefähig,

1. für Beamtinnen und Beamte, denen ein Anspruch nach § 70 Absatz 2 Bundesbesoldungsgesetz oder entsprechender anderer landesrechtlicher Vorschriften zusteht,
2. soweit ein Schadenersatzanspruch gegenüber Dritten besteht und dieser Anspruch nicht auf den Dienstherrn oder eine oder einen von ihm Beauftragten übergeht,
3. wenn Angehörige persönlich eine Behandlung durchführen; ersatzweise sind die im Einzelfall entstandenen Sachkosten beihilfefähig,
4. für Gutachten, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erstellt werden,
5. für den Besuch vorschulischer, schulischer Einrichtungen oder Werkstätten für Behinderte sowie für berufsfördernde, berufsvorbereitende und berufsbildende Maßnahmen,
6. für Behandlungen als Folge von medizinisch nicht indizierten Maßnahmen wie z. B. eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing.

## **§ 9**

### **Anrechnung von Leistungen**

(1) 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.

(2) Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind die gewährten Festzuschüsse als Leistung anzurechnen. Dabei ist der höchstmögliche Festzuschuss zu Grunde zu legen.

(3) 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 Prozent als zustehende Leistung anzusetzen. Sätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 Bundesversorgungsgesetz oder hierauf Bezug nehmende Vorschriften, für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden sowie Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

## **§ 10**

### **Ausschluss der Beihilfe**

Beihilfe wird nicht gewährt für

1. gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und Kostenanteilen sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag,
2. von anderen Leistungsträgern erbrachte Sach- und Dienstleistungen. Als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Pflichtversicherten nach § 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch einschließlich der familienversicherten Angehörigen auch die Kostenerstattung nach § 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch
  - a) die über die Festbeträge hinausgehenden Beträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch,
  - b) Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Versicherte die mögliche Sachleistung nicht in Anspruch genommen haben. Dies gilt auch, wenn Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden. Ausgenommen sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus.

Dies gilt nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet worden sind.

## **§ 11**

### **Rechtsnatur des Beihilfeanspruchs**

Auf Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden; er ist nicht vererblich. Die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger ist ausnahmsweise in Höhe des Betrages zulässig, auf den ein Anspruch auf Beihilfe besteht und der noch nicht ausgezahlt ist.

## **Abschnitt II**

### **Aufwendungen in Krankheitsfällen**

#### **Kapitel Ambulante Leistungen**

## **§ 12**

### **Ärztliche Leistungen**

Ärztliche Leistungen sind nach Maßgabe der §§ 7 und 40 beihilfefähig.

## **§ 13**

### **Heilpraktiker**

Leistungen von Heilpraktikern sind nach Maßgabe des § 7 beihilfefähig.

## **Kapitel Zahnärztliche Leistungen**

### **§ 14**

#### **Zahnärztliche Leistungen**

Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen sind nach Maßgabe der §§ 7 und 40 grundsätzlich beihilfefähig. Bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Behandlungen ist der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden.

### **§ 15**

#### **Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**

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

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

wenn auf andere Weise die Kaufähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann. In Fällen der Nr. 6 sind mehr als vier Implantate, einschließlich vorhandener Implantate, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Liegen keine der Voraussetzungen des Satzes 1 vor, sind die Aufwendungen für höchstens 2 Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate beihilfefähig. Die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach §§ 4 und 9 Gebührenordnung für Zahnärzte, sind entsprechend dem Verhält-

nis der Zahl der nichtbeihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate zu kürzen. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind beihilfefähig.

(2) Kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig,

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

Leistungen zur Retention sind bis zu 2 Jahre nach Abschluss der auf Grundlage des Heil- und Kostenplanes von der Festsetzungsstelle genehmigten kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig.

(3) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,
2. Zahnfleischerkrankungen, im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. umfangreiche Gebiss-Sanierung; diese liegt vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleich gestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
4. umfangreichen kieferorthopädischen Maßnahmen, einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen,
5. Behandlung mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach Nummer 701 und 702 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte.

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

## **§ 16**

### **Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahntechnischen Leistungen**

(1) Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C, F und K und den Nummern 708 bis 710 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für Materialien und Auslagen für zahntechnische Leistungen nach den §§ 4 Abs. 3 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind zu 40 Prozent beihilfefähig.

(2) Wenn bei Personen nach § 2 Nummer 2 der auf die zahntechnischen Leistungen entfallende Anteil nicht nachgewiesen oder dieser nicht zu ermitteln ist, sind 40 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages anzusetzen.

## **§ 17**

### **Zahnärztliche Leistungen bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf**

Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen auf Widerruf und Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig, ausgenommen

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

(2) Die zahnärztlichen Leistungen nach Absatz 1 sind dann beihilfefähig, wenn diese auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist oder wenn Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen sind.

## **Kapitel Ambulante psychotherapeutische Leistungen**

### **§ 18**

#### **Soziotherapie**

Aufwendungen einer Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und dadurch Krankenhausbehandlungen vermieden oder verkürzt werden oder diese geboten, aber nicht ausführbar sind. Voraussetzung, Art und Umfang richten sich nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie).



## § 19

### Psychotherapeutische Leistungen

(1) Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 20), tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 21) sowie Verhaltenstherapien (§ 22) sind nur beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Anlage 2 erbracht werden.

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

1. die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
2. bei Patienten nach Erhebung einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat. Dies gilt auch für die Verlängerung bewilligter Therapien. Bei Personen nach § 2 Nummer 2 treten an die Stelle der vom Bundesministerium des Innern benannten Gutachterinnen und Gutachter die Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsdienstes beim Auswärtigen Amt oder von diesem beauftragte Vertrauensärztinnen und -ärzte.

(3) Bei der psychosomatischen Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 2 Nummer 2 bis 3 nicht erfüllt sein. Maßnahmen nach Absatz 2 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Eine Therapie mittels katathymen Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts und eine Rational Emotive Therapie nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

(5) Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen

und -therapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens eine somatische (organische) Abklärung folgen. Diese muss durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommen und schriftlich bestätigt werden (Konsiliarbericht).

(6) Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen für gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 20 bis 22,
2. die in Anlage 2 aufgeführten Behandlungsverfahren. Zur Psychotherapie gehören keine psychologischen Maßnahmen, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstigen Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.

## **§ 20**

### **Psychosomatische Grundversorgung**

(1) Die beihilfefähige psychosomatische Grundversorgung umfasst

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte oder
2. übende und suggestive Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

(2) Beihilfefähig sind je Krankheitsfall

1. bei verbaler Intervention als einzige Leistung bis zu 25 Behandlungen,
2. bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung bis zu zwölf Behandlungen,
3. bei Hypnose als Einzelbehandlung bis zu zwölf Behandlungen,
4. neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte Aufwendungen für körperbezogene Leistungen der Ärztin oder des Arztes.

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

## § 21

### **Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**

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

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

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

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:

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

2. analytische Psychotherapie:

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

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern:

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

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen:

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

(3) Bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen können Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4 einbezogen werden. Abweichungen bedürfen der Begründung. Die Höchstzahl der Sitzungen darf dadurch nicht überschritten werden.

## § 22

### Verhaltenstherapie

(1) Eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte ist beihilfefähig bei

1. psychoneurotischen Störungen, z. B. Angstneurosen, Phobien,
2. vegetativ-funktionellen Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
3. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
4. seelischer Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
5. seelischer Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten, z. B. schicksalhafte psychische Traumen,
6. seelischer Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

7. seelischer Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen – besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden – erkennen lassen.

(2) Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

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

1. bei Erwachsenen

	<b>Einzelbehandlung</b>	<b>Gruppenbehandlung</b> (höchstens 8 Teilnehmer)
Regelfall	40 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Stundenzahl erreicht	weitere 40 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen

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

	<b>Einzelbehandlung</b>	<b>Gruppenbehandlung</b> (höchstens 8 Teilnehmer)
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Stundenzahl erreicht	weitere 40 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen

## Kapitel Sonstige Leistungen

### § 23

#### Arznei- und Verbandmittel

- (1) Die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker im Rahmen einer ambulanten Behandlung verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei- und

Verbandmittel im Sinne von § 31 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind grundsätzlich beihilfefähig.

(2) Nicht beihilfefähig sind

1. verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgrund § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind,
2. Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Dies gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und bei der ambulanten Behandlung in Form von Spritzen und Inhalationen verbrauchte Arzneimittel. Arzneimittel, die nach den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch aufgrund von § 34 Abs. 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ausnahmsweise verordnet werden dürfen und die in Abschnitt G Nr. 20.2 der Arzneimittelrichtlinie aufgeführten Arzneimittel, unter den dort genannten Voraussetzungen, sind beihilfefähig.

(3) Ist für ein Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegt, ist nur dieser Betrag beihilfefähig. Für Arzneimittel, die nach § 31 Abs. 3 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in der Gesetzlichen Krankenversicherung von der Zuzahlung befreit sind, entfällt der Eigenbehalt nach § 49 Abs. 1 Ziff. 1 Buchst. a.

(4) Arzneimittel mit Wirkstoffen, bei denen aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, die über das übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel) sind nur beihilfefähig, wenn die erstmalige Verordnung in Abstimmung mit einem weiteren Arzt erfolgt. Arzneimittel, für die das Verfahren nach Satz 1 gilt, bestimmen sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 in Verbindung mit § 73d Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

## **§ 24 Heilbehandlungen**

(1) Ärztlich verordnete Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig, wenn sie von Angehörigen von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen nach Anlage 3 durchgeführt werden. Bei einer Sprachtherapie sind nur Leistungen von staatlich anerkannten Sprachtherapeuten oder vergleichbar qualifizierten Personen beihilfefähig.

(2) Heilbehandlungen von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen können von der Beihilfefähigkeit ganz oder teilweise ausgeschlossen werden. Aufwendungen für Heilbehandlungen sind bis zur Höhe der in Anlage 4 genannten Höchstbeträge beihilfefähig.

## **§ 25 Komplexleistungen**

(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 7 Abs. 2 und § 24 Abs. 2 beihilfefähig. Aufwendungen gelten als angemessen bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind. Soweit die gesetzlichen Krankenkassenversicherungen oder Rentenversicherungsträgern von ihren Versicherten die Erfüllung bestimmter persönlicher Voraussetzungen für die Kostenübernahme fordern, gelten diese entsprechend für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit dieser Leistungen. Eine Komplextherapie wird von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeutinnen, Therapeuten erbracht, dem auch Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen nach Anlage 3 angehören müssen.

(2) Komplextherapien im Sinne des Abs. 1 umfassen keine sozialpädagogischen und sozialpädiatrischen Leistungen. Aufwendungen für Prävention sind nach § 40 beihilfefähig.



## **§ 26**

### **Hilfsmittel**

(1) Beihilfefähig sind die in Anlage 5 genannten Hilfsmittel. Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücken sind nur beihilfefähig, wenn diese ärztlich verordnet sind.

(2) Nicht beihilfefähig sind Hilfsmittel insbesondere der Anlage 6, die

1. von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder
2. von geringem Abgabepreis oder
3. zu den Kosten der allgemeinen Lebenshaltung zu zählen sind.

(3) 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.

(4) Über die Beihilfefähigkeit von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in der Anlage 5 aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet allgemein oder im Einzelfall die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern. Soweit das Einvernehmen allgemein erteilt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen.

(5) Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes ist 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 ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.

(6) Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte, die innerhalb eines Kalenderjahres über 100,00 Euro hinausgehen, sind in Höhe des darüber hinausgehenden Betrages beihilfefähig. Grundsätzlich nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Kinder bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres.

## **§ 27**

### **Krankenhausleistungen**

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

1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz, § 2 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung),
3. Wahlleistungen
  - a) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§§ 16 und 17 Krankenhausentgeltgesetz; § 22 Bundespflegesatzverordnung),
  - b) gesondert berechnete Unterkunft (§§ 16 und 17 Krankenhausentgeltgesetz, § 22 Bundespflegesatzverordnung) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich.

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

(3) Bei Personen nach § 2 Nummer 2 sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung einem Zweibettzimmer im Inland nach Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe b) entspricht. Der in Abs. 1. Nr. 3 Buchstabe b) genannte Abzugsbetrag ist zu berücksichtigen.

## **§ 28**

### **Häusliche Krankenpflege**

(1) Häusliche Krankenpflege umfasst

1. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, gegebenenfalls mit Behandlungspflege, wobei die Grundpflege überwiegen muss,
2. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2,
3. ambulante psychiatrische Krankenpflege

(2) Häusliche Krankenpflege ist beihilfefähig, wenn

1. diese nach ärztlicher Verordnung vorübergehend erforderlich ist und
2. die Höhe in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch angemessen ist.

(3) Für die Pflege des Beihilfeberechtigten durch einen Angehörigen sind beihilfefähig

1. Fahrtkosten,
2. eine Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls des Arbeitseinkommens, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine Erwerbstätigkeit aufgegeben oder ausgesetzt wird.

## **§ 29**

### **Familien- und Haushaltshilfe**

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in angemessener Höhe in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch. Voraussetzung ist, dass

1. die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person den Haushalt wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 27, 32 Abs. 1, 33, 34 und 38) nicht weiterführen kann oder verstorben ist und
2. im Haushalt mindestens eine pflegebedürftige Person oder eine Person verbleibt, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und die beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig ist und
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

(2) Eine Familien- und Haushaltshilfe ist für die Dauer der außerhäuslichen Unterbringung beihilfefähig sowie nach ärztlicher Bescheinigung der Notwendigkeit für die ersten achtundzwanzig Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung, dies gilt auch für Alleinstehende. Die Aufwendungen im Todesfall der haushaltführenden Person sind höchstens für sechs Monate beihilfefähig, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall. § 28 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Werden statt einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in

einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

### **§ 30**

#### **Familien- und Haushaltshilfe im Ausland**

(1) Für Personen nach § 2 Nummer 2 sind die Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe nach § 29 auch beihilfefähig, wenn

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

(2) Im Geburtsfall sind die Kosten für eine Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig, wenn eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienort nicht gewährleistet ist und der Dienort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Die Dauer bestimmt sich nach der ärztlich festgestellten notwendigen Abwesenheit

(3) Werden statt einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren mitgenommen, sind die notwendigen Beförderungskosten beihilfefähig. Wird die Weiterführung des Haushalts von einer in § 28 Abs. 3 genannten Person übernommen, so sind die Fahrkosten bis zur Höhe der Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

### **§ 31**

#### **Fahrtkosten**

(1) Rettungsfahrten zum Krankenhaus sind beihilfefähig auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

(2) Beihilfefähig sind ärztlich verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden,
2. bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn
  - a) dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder
  - b) mit Einwilligung der Festsetzungsstelle bei Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,

3. in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung,
4. einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene stationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
5. zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- und Nachbehandlung,
6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist.

(3) Nicht beihilfefähig sind

1. Fahrtkosten und Flugkosten zu Behandlungen außerhalb der Europäischen Union. Bestehen zwingende medizinische Gründe kann die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern Ausnahmen zu lassen.
2. Kosten zur Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reisen.

(4) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Bundesreisekostengesetz mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung nur nach § 5 Abs. 1 Bundesreisekostengesetz gewährt wird, entsprechend. Bei Fahrten nach Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 6 sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

(5) Ist bei Personen nach § 2 Nummer 2 bei Krankheit oder Geburt eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Behandlung geboten war.

## **§ 32**

### **Auswärtige ambulante Behandlungen**

(1) Die Aufwendungen für Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen sind zu 150 % der Sätze nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Bundesreisekostengesetz beihilfefähig. Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft in gleicher Höhe beihilfefähig.

(2) Bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nach Abs. 1 beihilfefähig; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 38.

(3) Für Personen nach § 2 Nummer 2 sind Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 auch beihilfefähig bei notwendiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung in einem Land außerhalb des Gastlandes.

### **Abschnitt III**

## **Aufwendungen zu Rehabilitationseinrichtungen und Kuren**

### **§ 33**

#### **Anschlussheil-/Suchtbehandlung**

(1) Beihilfefähig sind ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen oder Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden. Anschlussheilbehandlungen liegen nur vor, wenn sie sich an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließen oder im engen Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung stehen. Gleiches gilt für ärztliche Behandlungen, die eine stationäre Krankenhausbehandlung ersetzen. In Ausnahmefällen (z. B. bei Tumorerkrankungen) liegt eine Anschlussheilbehandlung auch vor, wenn sie nach einer ambulanten Behandlung, die im Zusammenhang mit einer vorhergehenden Krankenhausbehandlung steht, erfolgt. Die Einrichtungen müssen spezialisiert sein und die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen. Voraussetzung ist, dass eine ambulante Maßnahme nicht ausreichend ist.

(2) Die ärztliche Verordnung ist nach Art, Dauer und Inhalt zu begründen und darf nicht von der Einrichtung stammen, bei der die Maßnahme durchgeführt werden soll. Die Beihilfefähigkeit bedarf der Genehmigung der Festsetzungsstelle vor Beginn der Maßnahme.

(3) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich dabei nach §§ 27 und 31.

## § 34

### Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Beihilfe wird gewährt zu

1. stationären Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäuser und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung besondere Heilbehandlungen durchführen, z.B. mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie, soweit die dafür erforderlichen Einrichtungen und das Pflegepersonal vorhanden sind,
2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen auch in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer anderen nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als gleichartig anerkannten Einrichtung,
3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitation bei Krebserkrankung eines Kindes.

(2) Zu Rehabilitationsmaßnahmen, die weit überwiegend der Vorsorge dienen, wird keine Beihilfe gewährt.

(3) Bei Rehabilitationsmaßnahmen sind mit folgenden Maßgaben Aufwendungen nach den Abschnitt II und darüber hinaus folgende Leistungen beihilfefähig

1. Fahrtkosten für die An- und Abreise, insgesamt höchstens 200 Euro für die Gesamtmaßnahme, in Höhe der nachgewiesenen Aufwendungen, bei regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittel der niedrigsten Klasse und bei Benutzung privater Personenkraftwagen nach § 5 Abs. 1 Bundesreisekostengesetz,
2. eine als medizinisch notwendig anerkannte Begleitperson,
3. Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
4. ärztlicher Schlussbericht,
5. Unterkunft und Verpflegung
  - a) bei stationären Rehabilitation einschließlich Pflege für höchstens drei Wochen (ohne Tage der An- und Abreise) bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
  - b) für Begleitpersonen bis zu 70 Prozent des niedrigsten Satzes,
  - c) bei Mutter- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen die in den Preisvereinbarungen mit einem Sozialleistungsträger festgelegten Entgelte bis zur Dauer von 20 Behandlungstagen (ohne Tage der An- und Abreise).

(4) Für Personen nach § 2 Nummer 2 ist eine stationäre Kur in einer ausländischen Einrichtung außerhalb der Europäischen Union beihilfefähig, wenn die/der von der Festsetzungsstelle beauftragte Ärztin oder Arzt die Einrichtung für geeignet erklärt hat und die stationäre Kur nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen.

### **§ 35**

#### **Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme**

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn

1. in einem ärztlichen Gutachten, das von der Festsetzungsstelle in Auftrag gegeben worden ist, nachgewiesen wird, dass die Maßnahme medizinisch notwendig ist und eine ambulante ärztliche Behandlung und Heilbehandlungen außerhalb von stationären Rehabilitationsmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind; dies gilt nicht in Fällen des § 34 Abs. 1 Nr. 3,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher längstens vier Monate vor Behandlungsbeginn anerkannt hat und
3. im laufenden und den drei vergangenen Kalenderjahren keine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wurde, außer das ärztliche Gutachten hält aus zwingenden medizinischen Gründen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand für notwendig.

### **Abschnitt IV**

#### **Aufwendungen in Pflegefällen**

### **§ 36**

#### **Pflegebedürftigkeit**

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind beihilfefähig

1. eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung,
2. Pflegehilfsmittel,
3. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds des Pflegebedürftigen, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zu-



schüsse gezahlt hat. Bei einer privaten Pflegeversicherung ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird.

(2) Bei Verhinderung der Pflegeperson und bei Kurzzeitpflege sind die Aufwendungen nach den §§ 39 und 42 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(3) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens, das für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellt wurde, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Für Personen, die keiner Pflegeversicherung angehören, hat die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen zu lassen.

(4) Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

## **§ 37**

### **Häusliche und teilstationäre Pflege**

(1) Bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege sind die Aufwendungen für Pflegekräfte entsprechend den Pflegestufen des § 15 und nach § 41 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand der Stufe III sind auch Aufwendungen für zusätzliche Pflegeeinsätze entsprechend § 36 Abs. 4 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(2) Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt. Die Beihilfefähigkeit richtet sich nach den §§ 15 und 37 Abs. 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch. 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 zur Hälfte gewährt.

(3) Wird die Pflege teilweise durch Pflegekräfte und durch andere geeignete Personen erbracht, wird die Beihilfe nach Absatz 1 und 2 anteilig gewährt. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Monat, so ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern. Der Monat ist dabei mit 30 Tagen anzusetzen. Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende

des Monats gewährt, in dem die bzw. der Pflegebedürftige verstirbt oder die Pflegebedürftigkeit nicht mehr vorliegt.

### **§ 38** **Stationäre Pflege**

(1) Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig

1. nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit die entstehenden pflegebedingten Aufwendungen entsprechend § 84 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch,
2. die soziale Betreuung sowie medizinische Behandlungspflege bis zu den in § 43 Abs. 5 Satz 1 Nrn. 1 bis 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Pauschalbeträgen. § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten sind beihilfefähig, wenn sie den Eigenanteil des Einkommens übersteigen. Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehalts der Besoldungsgruppe A 9 Bundesbesoldungsgesetz und mit berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 Prozent des Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen und mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 Prozent des Einkommens,
3. bei stationärer Pflege eines allein stehenden Beihilfeberechtigten oder bei stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 Prozent des Einkommens.

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

## **§ 39 Hospize**

(1) Ambulante palliativ-medizinische Leistungen sind unter den Voraussetzungen und Umfang der §§ 37b Abs. 1 und 132d Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(2) Stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, ist beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.

(3) Die Aufwendungen für die Versorgung, Unterkunft und Verpflegung in Hospizen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung nach § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erbringt. Darüber hinaus können Leistungen nach §§ 36 und 38 erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

## **Abschnitt V Aufwendungen in sonstigen Fällen**

### **§ 40 Vorsorgemaßnahmen**

(1) Folgende Aufwendungen zur Früherkennung und Vorsorge sind im ärztlichen Bereich beihilfefähig:

1. Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres,
2. Jugendgesundheitsuntersuchung,
3. Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten.

(2) Folgende Aufwendungen zur Früherkennung und Vorsorge sind im zahnärztlichen Bereich beihilfefähig:

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

3. Prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach dem Abschnitt B und den Nummern 001, 007, 200, 405, 406 des Gebührenordnung für Zahnärzte und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte und die Erhebung des PSI-Indexes.

(3) Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen sowie \_Schutzimpfungen richten sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und 15 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

(4) § 31 Abs. 5 gilt entsprechend.

## **§ 41 Geburt**

(1) Bei einer Geburt sind neben den Leistungen nach Abschnitt II beihilfefähig, die Aufwendungen für

1. Schwangerschaftsüberwachung,
2. Hebamme oder den Entbindungspfleger sowie Geburtshäuser gemäß § 134a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
3. eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung bis zu zwei Wochen nach der Geburt oder eine häusliche Krankenpflege,
4. erste Hilfe.

(2) Bei Personen nach § 2 Nummer 2 sind bei Geburten zusätzlich die Kosten für die Unterkunft am Entbindungsort vor Aufnahme in eine Krankenanstalt entsprechend den Unterkunftskosten bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen beihilfefähig. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt eines nahen Angehörigen.

## **§ 42 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch**

(1) Die Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn die Vorausset-

zungen und Leistungen nach § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vorliegen. § 27a Abs. 3 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch findet dabei keine Anwendung.

(2) Eine Sterilisation ist beihilfefähig, wenn sie durch einen Arzt oder eine Ärztin erfolgt und wegen einer Krankheit notwendig ist.

(3) Eine ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln sind beihilfefähig. Die Aufwendungen für verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie deren Applikation sind nicht beihilfefähig, ausgenommen bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr unter Beachtung des § 49. Aufwendungen für eine allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig.

(4) Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind folgende Aufwendungen beihilfefähig

1. ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft,
2. ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen,
3. ärztliche Leistungen,
4. Arznei- und Verbandsmittel,
5. Heilbehandlungen,
6. Familien- und Haushaltshilfe,
7. Fahrtkosten.

## **§ 43**

### **Beihilfe nach dem Tod des Beihilfeberechtigten**

(1) Stirbt der Beihilfeberechtigte, wird die Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tode demjenigen gezahlt, der die Belege zuerst vorlegt; dieses kann auch eine juristische Person sein.

(2) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzugs außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten, sind die Kosten der Überführung des Sarges oder der Urne beihilfefähig. Bei Personen nach § 2 Nummer 2 sind die Kosten der Überführung vom Gastland in die Bundesrepublik Deutschland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig. Der Bemessungssatz für die Überführungskosten beträgt 100 %.

## **§ 44**

### **Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen**

(1) Außerhalb der Europäischen Union in Anspruch genommene beihilfefähige Leistungen sind beihilfefähig, soweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

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

(3) Ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland sind außerhalb der Europäischen Union in Anspruch genommene beihilfefähige Leistungen beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist.
3. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

## **§ 45**

### **Andere Leistungen**

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. erste Hilfe,
2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,
3. Organspender, wenn die Empfängerin oder der Empfänger beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder Angehöriger ist, im Rahmen des

Abschnitts II. Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen.

4. Maßnahmen von Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, die nicht nach anderen Vorschriften dieser Verordnung beihilfefähig sind, wenn das Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen die Beihilfefähigkeit ausdrücklich festgelegt hat.

## **Abschnitt VI**

### **Leistungsumfang, Verfahren**

#### **§ 46**

#### **Bemessung für Beihilfe**

(1) Der Bemessungssatz für Beihilfe beträgt für

1. Beihilfeberechtigte sowie für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten 70 Prozent,
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(2) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent; bei mehreren Beihilfeberechtigten für denjenigen, der das Kindergeld bezieht. Entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen eine weitere Beihilfeberechtigung zu einem Bemessungssatz von 70 Prozent zustehen würde, die jedoch nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 nachrangig ist, erhalten die Beihilfe nach diesem Bemessungssatz.

(3) Maßgeblich für die Höhe der Beihilfe ist der Bemessungssatz, der zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen anwendbar ist.

(4) Beihilfefähige Aufwendungen werden folgenden Personen zugerechnet

1. für eine Familien- und Haushaltshilfe der jüngsten verbleibenden Person,
2. für eine Begleitperson der bzw. dem Begleiteten,
3. die beihilfefähigen Aufwendungen aus Anlass einer Geburt einschließlich der Aufwendungen des Krankenhauses für das gesunde Neugeborene der Mutter.

(5) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent; für darüber hinausgehende Aufwendungen ist der zustehende Bemessungssatz anzuwenden.

(6) Das Bundesministerium des Innern kann sich mit Zustimmung des Bundesministeriums der Finanzen einmalig oder laufend an Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung durch pauschale Zahlungen beteiligen.

## **§ 47**

### **Abweichender Bemessungssatz**

(1) Die oberste Dienstbehörde oder eine von ihr bestimmte Behörde kann den Bemessungssatz erhöhen,

1. für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,
2. im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern
  - a) in besonderen Ausnahmefällen bei Anlegung eines sehr strengen Maßstabs. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung ausgeschlossen,
  - b) bei Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfängern mit geringem Gesamteinkommen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung auch im Basistarif 15 Prozent des Gesamteinkommens übersteigt. Das geringe Einkommen beträgt 150 Prozent des Ruhegehaltes nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 Beamtenversorgungsgesetz, der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Die Erhöhung des Bemessungssatzes gilt höchstens für zwei Jahre.

(2) Der Bemessungssatz erhöht sich für Personen nach § 2 Nummer 2 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen für Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort, soweit diese den Betrag von 153 Euro übersteigen.

(3) Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent, der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil



oder dergleichen von mindestens 21,00 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird oder Wahltarife nach § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch abgeschlossen wurden.

(4) Für beihilfefähige Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses mindestens in Höhe von 41,00 Euro monatlich gewährt wird, ermäßigt sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 Prozent. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

## **§ 48**

### **Begrenzung der Beihilfe**

(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 – und das beamtenrechtliche Sterbegeld nach § 18 Abs. 2 Nummer 2 des Beamtenversorgungsgesetzes unberücksichtigt.

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Prozentsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich.

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

## § 49 Eigenbehalte

- (1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich im Kalenderjahr um
1. 10 Prozent der Kosten, mindestens um fünf Euro, höchstens um zehn Euro, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
    - a) Arznei- und Verbandmitteln im Sinne von § 31 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch,
    - b) Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind, beträgt der Eigenbehalt 10 Prozent der Kosten je Packung höchstens zehn Euro für den Monatsbedarf je Indikation,
    - c) Fahrtkosten,
    - d) Haushaltshilfe,
  2. zehn Euro je Kalendertag bei
    - a) vollstationären Krankenhausleistungen und Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr,
    - b) einer Kur.
  3. 10 Prozent der Kosten und zehn Euro je Verordnung für die ersten 28 Tage im Kalenderjahr der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege.

(2) Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von 10 Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigten und je berücksichtigungsfähigen Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von

1. ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen und
2. zahnärztlichen Leistungen und
3. Heilpraktikerleistungen.

(3) Eigenbehalte fallen nicht an für

1. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen Fahrtkosten,
2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
3. ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten, einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,
4. Leistungen für Heilbehandlungen und Hilfsmittel soweit vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind,
5. Harn- und Bluttteststreifen.

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

## **§ 50**

### **Belastungsgrenzen**

(1) Eigenbehalte sind für ein Kalenderjahr nicht mehr abzuziehen, soweit sie für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. Dabei sind die Beträge nach § 49 Abs. 1 nur entsprechend der Höhe des Beihilfebemessungssatzes nach § 46 zu berücksichtigen. Die Belastungsgrenze beträgt

1. zwei Prozent des jährlichen Einkommens im Sinne von § 2 Nummer 8;
2. für chronisch Kranke, im Sinne der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheit und unter sinnvoller Anwendung des § 62 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, ein Prozent des jährlichen Einkommens gemäß § 2 Nummer 8.

(2) Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. Das Einkommen der Ehegattin oder des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn diese oder dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 Prozent und für jedes Kind um den sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Bei Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen, denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge getragen werden, ist bei Berechnung der Belastungsgrenze nur der Regelsatz der Regelsatzverordnung maßgebend. Dies gilt gleichermaßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb von diesen Einrichtungen.

## **§ 51** **Antragsverfahren**

(1) Beihilfen werden auf schriftlichen oder elektronischen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, kann der Antrag einschließlich der schriftlichen Belege elektronisch übermittelt werden. Einer elektronischen Signatur bedarf es nicht, die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform einfordern.

(2) Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, seinen Krankenversicherungsschutz und den seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen einschließlich abgeschlossener Wahltarife nach § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Kommt er dieser Verpflichtung nicht nach, besteht kein Anspruch auf Beihilfe.

(3) Beihilfeanträge sind zusammen mit den Belegen unmittelbar der Beihilfestelle vorzulegen. Die Vorlage von Zweitschriften bzw. Mehrfertigungen ist ausreichend. Verordnete Arzneimittel müssen zusätzlich auf dem Rezept eine Pharmazentralnummer aufweisen, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden

(4) Die Beihilfestelle kann von einer Rücksendung der Belege absehen. Sie ist berechtigt, bei Zweifeln an der Echtheit eines Belegs auch ohne Zustimmung der bzw. des Beihilfeberechtigten die erforderliche Auskunft unmittelbar beim angegebenen Rechnungssteller einzuholen.

(5) In begründeten Fällen kann die Beihilfestelle nach vorheriger Anhörung der bzw. des Beihilfeberechtigten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreter ohne Einwilligung der bzw. des Beihilfeberechtigten Beihilfe beantragen.

(6) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die über eine elektronische Gesundheitskarte entsprechend dem § 291a des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch verfügen, haben diese zu nutzen. Für die Nutzung der Karte findet § 291a Abs. 2 bis 5, 6 und 8 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass die elektronische Gesundheitskarte der Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 und 6 bis 8 und § 291a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch nicht bedarf.

(7) Beihilfen werden nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200,00 Euro betragen. Die Festsetzungsstelle kann

Ausnahmen zulassen. Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

## **§ 52**

### **Geheimhaltungspflicht**

(1) Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheim zu halten. Sie dürfen nur für den Zweck verwandt werden, für den sie bekannt gegeben sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Berechtigung oder Verpflichtung zur Offenbarung oder der Beihilfeberechtigte oder der Angehörige ist damit schriftlich einverstanden.

(2) Ausnahmsweise dürfen personenbezogene Daten aus der Beihilfeakte auch ohne Einwilligung der Betroffenen genutzt oder an eine andere Behörde weitergegeben werden, soweit sie für die Festsetzung und Berechnung der Bezahlung oder Versorgung oder für die Prüfung der Kindergeldberechtigung erforderlich sind.

## **§ 53**

### **Festsetzungsstellen**

(1) Als Festsetzungsstellen entscheiden

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

(2) Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Zulässig ist auch die Übertragung der Bearbeitung auf Dritte.

## **§ 54**

### **Ausschlussfrist**

(1) 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 für Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, 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.

(2) Die Antragsfrist ist gewahrt, wenn der Beihilfeantrag von Personen nach § 2 Nummer 2 innerhalb eines Jahres bei der zuständigen Beschäftigungsstelle im Ausland vorgelegt wird.

## **§ 55**

### **Übergangs- und Schlussvorschriften**

(1) Auf die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung berücksichtigungsfähigen Ehegatten, die die Einkommensgrenze nach § 4 Nummer 1 überschreiten und die Grenze von 18.000 Euro unterschreiten, gilt die Höchstbetragsgrenze von 18.000 Euro bis zur erstmaligen Überschreitung weiter.

(2) Kinder, die im Wintersemester 2006 / 2007 an einer Hochschule oder Fachhochschule eingeschrieben sind, gelten abweichend von § 4 Nummer 2 Satz 1 längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich geleisteter Wehr- und Zivildienstzeiten als berücksichtigungsfähige Angehörige.

(3) Diese Verordnung gilt nicht für die Deutsche Bundesbahn und diejenigen Beamten des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.

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

**§ 56**  
**Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

**Anlage 1**

(zu § 7 Abs. 1)

**Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden**

1. Völliger Ausschluss

**A**

- Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z.B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- Autohomologe Immuntherapien (z.B. ACTI-Cell-Therapie)
- Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
- Ayurvedische Behandlungen, z. B. nach Maharishi

**B**

- Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
- Biophotonen-Therapie
- Bioresonatorentests
- Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- Bogomoletz-Serum
- Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Prof. Barraquer
- Bruchheilung ohne Operation

**C**

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

**E**

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

**F**

- Frischzellentherapie

**G**

- Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (z.B. Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik (BFD), Mora-Therapie)
- Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität



## H

- Heileurhythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

## I

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

## K

- Kariesdetektor-Behandlung
- Kinesiologische Behandlung
- Kirlian-Fotografie
- Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur)
- Konduktive Förderung nach Petö

## L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

## M

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

## N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

## O

- Osmotische Entwässerungstherapie

## P

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

## R

- Radiale Stoßwellentherapie
- Regeneresen-Therapie
- Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- Rolfing-Behandlung

**S**

- Schwingfeld-Therapie

**T**

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

**V**

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

**Z**

- Zellmilieu-Therapie

2. Teilweiser Ausschluss

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Genehmigung der Festsetzungsstelle und in Zweifelsfällen eine Bestätigung durch einen Gutachter einzuholen.
- Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT)  
Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche) oder des Fasziitis plantaris (Festensporn). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach GOÄ-Ziffer 1800 beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.
- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.
- Klimakammerbehandlungen  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens einer/s von ihr bestimmten Ärztin/Arztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z.B. mit Aludrin.
  
- Magnetfeldtherapie  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophen Pseudarthrosen sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.
  
- Ozontherapie  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens einer/s von ihr bestimmten Ärztin/Arztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
  
- Prostata-Hyperthermie-Behandlung  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.
  
- Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z.B. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird.
  
- Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

**Anlage 2**

(zu §§ 19 -22)

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

**1 Psychotherapeutische Leistungen:**

1.1 Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren sind:

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

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

**2. Psychosomatische Grundversorgung**

2.1 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin / einem Facharzt für  
Allgemeinmedizin,  
Augenheilkunde,  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe,  
Haut- und Geschlechtskrankheiten,  
Innere Medizin,  
Kinderheilkunde,

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,  
Neurologie,  
Phoniatrie und Pädaudiologie,  
Psychiatrie und Psychotherapie,  
psychotherapeutische Medizin oder  
Urologie  
durchgeführt wird.

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

### **3. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**

- 3.1 Wird die Behandlung durch eine ärztliche Psychotherapeutin / einen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Fachärztin / dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Ärztin / Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" oder "Psychoanalyse" sein. Eine Fachärztin / ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin / ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Eine Ärztin / ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychoanalyse" oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

- 3.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin / ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG - kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie / er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und / oder analytische Psychotherapie).
- 3.3 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin / ein Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss sie / er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder
  - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

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

- 3.4 Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie / er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).
- 3.5 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / einem Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss sie / er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder

- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

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

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

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

3.8 Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung des Therapeuten vorgelegt und die Behandlung durch die Beihilfestelle im Vorfeld anerkannt wird. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 18 Abs. 1, die nach ihrer besonderen Sym-

ptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

#### **4. Verhaltenstherapie**

- 4.1 Wird die Behandlung durch einen ärztliche Psychotherapeutin / -therapeuten durchgeführt, muss diese Fachärztin / dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Ärztin / Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. Ärztliche Psychotherapeutinnen / en können die Behandlung durchführen, wenn sie / er den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
- 4.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin / ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychTG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie / er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
- 4.3 Wird die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin / einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / ein Kinder und Jugendlichentherapeut mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss sie / er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder
  - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- 4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für



Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / einen Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach 4.1, 4.2 oder 4.3, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 und oder 4.4, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

- 4.5 Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 13 Abs. 1 BVO, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere verhaltenstherapeutische Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

**Anlage 3**

(zu § 24 Abs. 1)

**Zugelassene Heilbehandler**

Die Heilbehandlung muss von einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin, einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, einer Ergotherapeutin, einem Ergotherapeuten, einer Physiotherapeutin, einem Physiotherapeuten, einer Krankengymnastin, einem Krankengymnasten, einer Logopädin, einem Logopäden, einer klinischen Linguistin, einem klinischen Linguisten, einer Masseurin, einem Masseur, einer medizinischen Bademeisterin, einem medizinischen Bademeister oder einer Podologin, einem Podologen durchgeführt werden.

**Anlage 4**  
(zu § 24 Abs. 2)

**Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen bei Heilbehandlungen  
und Voraussetzungen für bestimmte Heilbehandlungen**

1.

<b>lfd. Nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>behilfefähiger Höchstbetrag</b>
<b>I. Inhalation<sup>1)</sup></b>		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70 €
2	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60 €
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70 €
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30 €
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80 €
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>		
4	Krankengymnastische Behandlung <sup>2)</sup> (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage -	19,50 €
5	Krankengymnastische Behandlung <sup>2)3)</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10 €

6	Krankengymnastische Behandlung <sup>2)5)</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 €
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20 €
8	Krankengymnastik in einer Gruppe <sup>4)</sup> bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80 €
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 €
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80 €
10	Bewegungsübungen <sup>2)</sup>	7,70 €
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60 €
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80 €
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen <sup>6)</sup> , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50 €
13	Chirogymnastik <sup>7)</sup> - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40 €
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie <sup>10)11)</sup> , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90 €
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT) <sup>12)</sup> Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00 €

16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschi	5,20 €
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70 €
<b>III. Massagen</b>		
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) <sup>2)</sup>	13,80 €
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder <sup>7)</sup>	
	a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50 €
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20 €
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität <sup>8)</sup>	8,70 €
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmessenrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,10 €
<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>		
21	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	10,30 €
22	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80 €
	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	• Teilpackung	20,50 €
	• Großpackung	28,20 €

	b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,90 €
	c) Kaltpackung (Teilpackung) - Anwendung von Lehm, Quark o. Ä. - Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	7,70 € 15,40 €
	d) Heublumensack, Peloidkompresse	9,20 €
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60 €
	f) Trockenpackung	3,10 €
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10 €
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60 €
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 €
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30 €
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	20,00 €
25	a) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20 €
	b) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30 €
26	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00 €
27	a) Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80 €
	b) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	39,90 €
28	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	a) Teilbad	28,70 €
	b) Vollbad	32,80 €
29	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B- Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80 €

30	<p>Medizinische Bäder mit Zusätzen</p> <p>a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze</p> <p>b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -</p> <p>c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -</p> <p>d) Weitere Zusätze, je Zusatz</p>	<p>6,70 €</p> <p>13,30 €</p> <p>18,50 €</p> <p>3,10 €</p>
31	<p>Gashaltige Bäder</p> <p>a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -</p> <p>b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -</p> <p>c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad)- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -</p> <p>d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -</p> <p>e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat</p>	<p>19,50 €</p> <p>22,50 €</p> <p>21,00 €</p> <p>18,50 €</p> <p>3,10 €</p>
<p>Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt sowie in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter Nummern 30a bis c und 31b angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 d beihilfefähig.</p>		
<p><b>V. Kälte- und Wärmebehandlung</b></p>		
32	<p>a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)</p> <p>b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke</p>	<p>9,80 €</p> <p>6,70 €</p>
33	Eisteilbad	9,80 €
34	Heißluftbehandlung <sup>9)</sup> oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70 €

<b>VI. Elektrotherapie</b>		
35	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20 €
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20 €
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	11,30 € 6,20 €
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,30 € 11,80 €
39	Iontophorese	6,20 €
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30 €
41	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,00 €
<b>VII. Lichttherapie</b>		
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht <sup>9)</sup>	
	a) als Einzelbehandlung	3,10 €
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60 €
43	a) Reizbehandlung <sup>9)</sup> eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10 €
	b) Reizbehandlung <sup>9)</sup> mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20 €
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20 €
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70 €



<b>VIII. Logopädie</b>		
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60 €
	c) Ausführlicher Bericht	11,80 €
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20 €
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90 €
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40 €
<b>IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
50	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80 €
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40 €
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer, 90 Minuten	28,70 €

	ten, je Teilnehmer	
	<b>X. Podologische Therapie<sup>13</sup></b>	
53	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50 €
54	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70 €
55	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05 €
56	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25 €
57	Podologische Komplexbehandlung an beiden Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10 €
58	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50 €
59	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00 €
60	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 7 abrechenbar); je Person	3,50 €
	<b>XI. Sonstiges</b>	
61	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20 €
62	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
	Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 61 und 62 nur anteilig je Patient beihilfefähig.	
<p>1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.</p> <p>2) Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.</p>		

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

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

### 2.1. Erweiterte ambulante Physiotherapie

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

#### 2.1.1. 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 Cobb

#### 2.1.2. Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen
- Osteotomien der großen Röhrenknochen

2.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit

- Schulterprothesen
- Knieendoprothesen
- Hüftendoprothesen

2.1.4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

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

2.1.5. Amputationen

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

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

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

- Krankengymnastische Einzeltherapie
- physikalische Therapie nach Bedarf
- medizinisches Aufbautraining

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

- Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
- Isokinetik
- Unterwassermassage

- 2.4. Die durchgeführten Leistungen sind durch die Patientin / den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.
- 2.5. Die in Nr. 2.1.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.

### 3. Medizinisches Aufbautraining (MAT)

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

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

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

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

4. Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologinnen und Podologen sind nur bei der Diagnose "Diabetisches Fußsyndrom" beihilfefähig.

Stand 02. April 2007

**Beihilfefähige Hilfsmittel,  
Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle  
sowie für Körperersatzstücke**

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

Abduktionslagerungskeil

Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung)

Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)

Alarmgerät für Epileptiker

Anatomische Brillenfassung

Anti-Varus-Schuh

Anus-*praeter*-Versorgungsartikel

Anzieh-/Ausziehhilfen

Aquamat

Armmanschette

Armtragegurt/-tuch

Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl

Atemtherapiegeräte

Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprüfung)

Auffahrampen für Krankenfahrstuhl

Aufrichteschlaufe

Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 € beihilfefähig)

Aufstehgestelle

Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)

Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/ -pipette/ -stäbchen

Augenschielklappe, auch als Folie

Badestrumpf

Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits)

Badewannenverkürzer  
Ballspritze  
Behinderten-Dreirad  
Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie  
Bettnässer-Weckgerät  
Beugebandage  
Billroth-Batist-Lätzchen  
Blasenfistelbandage  
Blindenführhund (einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)  
Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)  
Blindenstock/-langstock/-taststock  
Blut Lanzette  
Blutzuckermessgerät  
Bracelet  
Bruchband

Clavicula-Bandage  
Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)  
Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhard- und -software bis zu 3.5000 Euro, ggf. zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5.400 Euro

Dekubitus-Schutzmittel (z. B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)  
Delta-Gehrad  
Drehscheibe, Umsetzhilfen  
Duschsitz/-stuhl

Einlagen, orthopädische  
Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten  
Ekzem-Manschette  
Elektro-Stimulationsgerät  
Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten  
Epitrain-Bandage  
Ernährungssonde

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)  
Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)



Fingerling  
Fingerschiene  
Fixationshilfen  
(Mini)Fonator

Gehgipsgalosse  
Gehhilfen und –übungsgeräte  
Gehörschutz  
Genutrain-Aktiv-Kniebandage  
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)  
Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)  
Gilchrist-Bandage  
Gipsbett, Liegeschale  
Glasstäbchen  
Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz  
Gummistrümpfe

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze  
Handgelenkriemen  
Hebekissen  
Heimdialysegerät  
Helfende Hand, Scherenzange  
Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)  
Hörgeräte (HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte); einschließlich der Nebenkosten bis zu 1.025 Euro je Ohr ggf. zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung

Impulsvibrator  
Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör  
Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher  
Innenschuh, orthopädischer  
Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)  
Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen  
Ipos-Vorfußentlastungsschuh

Kanülen und Zubehör  
Katapultsitz  
Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter  
Kieferspreizgerät  
Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)  
Klumpfußschiene  
Klumphandschiene  
Klyso  
Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern  
Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage  
Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation  
Knöchel- und Gelenkstützen  
Körperersatzstücke einschl. Zubehör (bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 € zu berücksichtigen und bei Badeanzügen für Brustprothesenträgerinnen von 40 €)  
Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose  
Koordinator nach Schielbehandlung  
Kopfring mit Stab, Kopfschreiber  
Kopfschützer  
Krabbler für Spastiker  
Krampfaderbinde  
Krankenfahrstuhl mit Zubehör  
Krankenpflegebett  
Krankenstock  
Kreuzstützbandage  
Krücke

Latextrichter bei Querschnittlähmung  
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden  
Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflegegestell)  
Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige  
Lifter (Krankenslifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)  
Lispelsonde  
Lumbalbandage

Malleotrain-Bandage  
Mangoldsche Schnürbandage

Manutrain-Bandage

Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen

Milchpumpe

Mundsperrer

Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. ä., auch Haltemanschetten usw.

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (max. 6 Paar Schuhe pro Jahr)

Pavlikbandage

Penisklemme

Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel

Polarimeter

Psoriaskamm

Quengelschiene

Reflektometer

Rektophor

Rollbrett

Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen

Schede-Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

Segofix-Bandagensystem

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

Skolioseumkrümmungsbandage

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

Sphinkter-Stimulator

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

Spreizfußbandage

Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

Spritzen

Stehübungsgerät

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

Strickleiter

Stubbies

Stumpfschuhhülle

Stumpfstrumpf

Suspensorium

Symphysen-Gürtel

(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar

Therapeutische Bewegungsgeräte (nur mit Spasmenschaltung)

Tinnitus-Gerät

Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten

Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)

Tragegurtsitz

Übungsschiene

Urinale

Urostomie-Beutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe

Wechseldruckgerät

Wright-Peak-Flow-Meter

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512,00 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall 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.

3. Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) Anschaffungen zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,
- b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
  - aa) Unterrichtsstunde a 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden, 56,43 Euro
  - bb) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten Takt anteilig berechnet wird, 44,87 Euro
  - cc) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels, 0,30 Euro
  - dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist. 26,00 Euro

Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

- c) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstabe b.
- d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in ent-

sprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

#### 4. Sehhilfen

##### 4.1. Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- nach Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn aufgrund der Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Diese liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillenversorgung- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge  $\leq 0,3$  beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld  $\leq 10$  Grad bei zentraler Fixation ist.

Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 Euro beihilfefähig.

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

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

Einstärkengläser:	für das sph. Glas	31,00 Euro
	für das cyl. Glas	41,00 Euro
Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	72,00 Euro
	für das cyl. Glas	92,50 Euro
- b) bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt):

zuzüglich je Glas	21,00 Euro
-------------------	------------
- c) Dreistufen- oder Multifokalgläser:

zuzüglich je Glas	21,00 Euro
-------------------	------------
- d) Gläser mit prismatischer Wirkung:

zuzüglich je Glas	21,00 Euro.
-------------------	-------------

#### 4.3. Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nr. 5.2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

##### 4.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser)

zuzüglich je Glas bis zu 21,00 Euro

- a) bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
- b) bei Anisotropien ab 2 dpt,
- c) unabhängig von der Gläserstärke
  - aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
  - bb) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
  - cc) Brillen, die im Rahmen der Schulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind.

##### 4.3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser

zuzüglich je Glas bis zu 11,00 Euro bei

- a) umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
- b) krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen
- c) Fortfall der Pupillenverengung (z. B. absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),
- d) chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),
- e) entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
- f) Ciliarneuralgie,
- g) Blendung bedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- h) totaler Farbenblindheit,
- i) unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- j) intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),

k) Gläsern ab + 10 dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille.

- 4.4 Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe sind bei nachstehend aufgeführten Indikationen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 Euro (sphärisch) bzw. bis zu 230,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig:
- a) Myopie ab 8,0 dpt,
  - b) Hyperopie ab 8,0 dpt,
  - c) Irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20% verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläser erreicht wird,
  - d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3,0 dpt,
  - e) Astigmatismus obliquus (Achslage  $45^\circ \pm 30^\circ$ , bzw.  $135^\circ \pm 30^\circ$ ) ab 2 dpt,
  - f) Keratokonus,
  - g) Aphakie,
  - h) Aniseikonie (bei gleicher oder wenig differenter Refraktion beider Augen muss eine Aniseikoniemessung nach einer anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode erfolgen und dokumentiert werden),
  - i) Anisometropie ab 2,0 dpt.

Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, sind bei Vorliegen der Indikationen neben den Kontaktlinsen Aufwendungen für eine Brille im Rahmen der Nr. 4.2. und 4.3. zusätzlich beihilfefähig. Liegt keine der Indikationen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.

- 4.5. Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohlupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u. ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.
- 4.6. Therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankungen sind in folgenden Fällen bei bestehender medizinischer Notwendigkeit beihilfefähig:
- 4.6.1 Lichtschutz mit einer 75%igen Transmission oder weniger bei
    - a) den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z.B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
    - b) Albinismus.
  - 4.6.2 UV-Kantenfilter (400 nm) bei
    - a) Aphakie (Linsenlosigkeit),



- b) Photochemotherapie (zur Absorption des langwelligen UV-Lichts),
- c) als UV-Schutz nach Staroperation, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,
- d) Iriskolobomen,
- e) Albinismus.

Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.

#### 4.6.3 Kantenfilter (540 bis 660 nm) bei

- a) dystrophischen Netzhauterkrankungen, z.B. Zapfenanomalien der Netzhaut bedingte Sehstörung (Achromatopsie), Retinopathia pigmentosa,
- b) Iriskolobomen,
- c) Albinismus.

Kantenfilter sind nicht beihilfefähig bei altersbedingter Makuladegeneration, diabetischer Retinopathie und Fundus myopicus.

Helligkeit und Farbe des Kantenfilters sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen.

#### 4.6.4 Horizontale Prismen in Gläser ab 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ab 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen), bei krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen, mit dem Ziel Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern, sowie bei Augenmuskelparesen Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern. Bei vertikalen Prismen gelten die Voraussetzungen des Satzes 1 mit Ausnahme, dass der Grenzwert jeweils 1 Prismendioptrie beträgt.

Die Verordnung setzt in jedem Falle eine umfassende augenärztliche orthoptisch-pleoptische Diagnostik voraus. Isolierte Ergebnisse einer subjektiven Heterophorie-Testmethode begründen keine Verordnungsfähigkeit von Folien und Gläsern mit prismatischer Wirkung. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sind nicht verordnungsfähig. Höhenausgleichsprismen bei Bifokalgläsern mit Fernkorrektur > 2dpt Unterschied sind nicht verordnungsfähig. Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, z.B. prä- oder postoperativ, ist der Einsatz von Prismenfolien angezeigt.

#### 4.6.5 Organisches Glas mit sphärischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Organisches Glas mit sphäro-torischen Flächen bei akkommodativem Schielen von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

#### 4.6.6 Okklusionskapseln, Okklusionsfolien und Okklusionspflaster bei Amblyopie, d.h. einer funktionellen Schwachsichtigkeit mit Herabsetzung der zentralen Sehschärfe ohne erkennbaren pathologischen Befund.

- 4.6.7 Uhrglasverbände bei unvollständigem Lidschluss, z.B. infolge einer Gesichtslähmung, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden.
- 4.6.8 Irislinsen bei den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris - Regenbogenhaut -  
(z.B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse).
- 4.6.9 Okklusionsschalen/Okklusionslinsen zur Amblyopie, sofern eine andere Behandlungsform nicht möglich ist.
- 4.6.10 Verbandlinsen/Verbandschalen bei/nach
- a) Erosionen, Epitheldefekten, Ulzeration der Hornhaut (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),
  - b) Abrasio nach Operation (nicht nach refraktiv-chirurgischen Eingriffen),
  - c) Verletzung,
  - d) Verätzung,
  - e) Verbrennung,
  - f) Hornhautperforation oder lamellierende Hornhautverletzung,
  - g) Keratoplastik,
  - h) Hornhautentzündungen und -ulzerationen, z.B. Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis, Keratitis herpetica,
  - i) kontinuierlicher Medikamentenzufuhr als Medikamententräger.
- 4.6.11 Kontaktlinsen
- bei ausgeprägtem, fortgeschrittenen Keratokonus mit keratokonusbedingten pathologischen Hornhautveränderungen (z.B. Vogt-Linien) und Hornhautradius < 7,0 mm zentral oder im Apex; oder - nach Hornhauttransplantation / Keratoplastik.
- 4.6.12 Kunststoffgläser bei Patienten, die an Epilepsie und/oder an Spastiken erkrankt sind - sofern sie erheblich sturzgefährdet sind - und/oder Einäugige (Einäugige: bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges von < 0,2).
- 4.7. Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind die Aufwendungen für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 4.2. und 4.3. und für eine Brillenfassung bis zu 52,00 Euro beihilfefähig.
- 4.8. Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind nur beihilfefähig, wenn bei gleich bleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
- a) sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,
  - b) die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder

c) sich die Kopfform geändert hat.

4.9. Aufwendungen für

a) Sehhilfen, die nur durch eine berufliche Tätigkeit erforderlich werden,

b) Bildschirmbrillen

c) Brillenversicherungen

d) Zweitbrillen, Reservebrillen

e) Etui

f) Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen

sind nicht beihilfefähig.

**Nicht beihilfefähige Hilfsmittel,  
Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle  
sowie für Körperersatzstücke**

Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 6 Abs. 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 17 Abs. 1) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk

Adju-Set/-Sano

Angorawäsche

Anti-Allergene-Matrasen und Bettbezüge

Aqua-Therapie-Hose

Arbeitsplatte zum Krankenfahrsstuhl

Augenheizkissen

Autofahrerrückenstütze

Autokindersitz

Autokofferraumlifter

Autolifter

Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte

Bandagen (soweit nicht in Anlage 3 aufgeführt)

Basalthermometer

Bauchgurt

Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung

Bett (soweit nicht in Anlage 3 aufgeführt)

Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze

Bett-Tisch

Bidet

Bildschirmbrille

Bill-Wanne

Blinden-Uhr

Blutdruckmessgerät

Brückentisch

Dusche

Einkaufsnetz

Einmal-Handschuhe

Eisbeutel und -kompressen

Elektrische Schreibmaschine

Elektrische Zahnbürste

Elektrofahrzeuge

Elektro-Luftfilter

Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)

Erektionshilfen

Ergometer

Eß- und Trinkhilfen

Expander

Farberkennungsgerät

Fieberthermometer

Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

Handschuhe (soweit nicht in Anlage 3 aufgeführt)

Handtrainer

Hängeliege

Hantel (Federhantel)

Hausnotrufsystem

Hautschutzmittel

Heimtrainer

Heizdecke/-kissen

Hilfsgeräte für die Hausarbeit

Höhensonne

Hörkissen

Hörkragen Akusta-Coletta

Intraschallgerät "NOVAFON"

Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)

Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)

Ionopront, PermoX-Sauerstoffherzeuger

Katzenfell  
Klingelleuchte (soweit nicht von Anlage 3 erfasst)  
Knickfußstrumpf  
Knoche Natur-Bruch-Slip  
Kolorimeter  
Kommunikationssystem  
Krafftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung  
Krankenunterlagen  
Kreislaufgerät "Schiele"

Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil  
Language-Master  
Luftreinigungsgeräte

Magnetfolie  
Monophonator  
Munddusche

Nackenheizkissen  
Nagelspange Link

Öldispersionsapparat

Pulsfrequenzmesser

Rotlichtlampe  
Rückentrainer

Salbenpinsel  
Schlaftherapiegerät  
Schuh (soweit nicht in Anlage 3 aufgeführt)  
Spezialsitze  
Spirometer  
Spranzbruchband  
Sprossenwand  
Sterilisator  
Stimmübungssystem für Kehlkopflose  
Stockroller

Stockständer  
Stufenbett  
SUNTRONIC-System (AS 43)

Taktellgerät  
Tamponapplikator  
Tandem für Behinderte  
Telefonverstärker  
Telefonhalter  
Therapeutische Wärme-/Kältesegmente  
Treppenlift, Monolift, Plattformlift  
Tünkers Butler

Übungsmatte  
Ultraschalltherapiegeräte  
Umweltkontrollgerät  
Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen

Waage  
Wandstandgerät  
WC-Sitz

Zahnpflegemittel  
Zweirad für Behinderte.

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

Das Bundesverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 17. Juni 2004 u. a. entschieden, dass die als Verwaltungsvorschriften ergangenen Beihilfavorschriften des Bundes nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen des Gesetzesvorbehalts genügen. Die wesentlichen Entscheidungen über die Leistungen an Beamte, Richter und Versorgungsempfänger im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit habe der Gesetzgeber zu treffen. Für eine Übergangszeit sind die bisherigen Beihilfavorschriften noch weiter anzuwenden.

Die tragenden Strukturprinzipien des Beihilferechts müssen danach gesetzlich geregelt werden. Es handele sich dabei mindestens um folgende Bereiche

1. Das System, das für Beamte und ihren Angehörigen die Absicherung vor den finanziellen Folgen von Krankheit organisieren soll.
2. Die Risiken, die abgedeckt werden sollen.
3. Personenkreis, der Leistungen beanspruchen kann.
4. Leistungen, die beihilfefähig sein sollen.
5. Leistungsausschlüsse und Konkurrenzregelungen bei mehrfacher Anspruchsberechtigung.
6. Begrenzung der zu erbringenden Leistungen.

Mit dem neu in das Bundesbeamtengesetz (BBG) einzufügenden § 78 (Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen) werden die tragenden Strukturprinzipien des Beihilferechts entsprechend der Forderung des Gerichtes gesetzlich geregelt. Dieser gesetzliche Rahmen wird durch diese Rechtsverordnung ausgefüllt und konkretisiert. Damit werden die Beihilfavorschriften auf eine neue – verfassungsgemäße - Grundlage gestellt.

Inhaltlich entsprechen die Regelungen überwiegend dem bisherigen Recht. Es werden einige Klarstellungen und dringend notwendige Änderungen vorgenommen. Darüber hinaus sind die Regelungen an die Vorschriften des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) angepasst worden. Sachliche Änderungen werden insbesondere in folgenden Bereichen vorgenommen:

- Die Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Ehegatten wird von gegenwärtig 18.000 Euro auf 10.000 Euro reduziert.



- Das Kapitel zahnärztliche Leistungen, insbesondere die Regelungen zu der Erstattungsfähigkeit von Implantaten, wird neu geregelt.
- Die Sozialtherapie für schwerwiegend psychisch Erkrankte wird in Anlehnung an die Vorschriften für die gesetzliche Krankenversicherung beihilfefähig.
- Arzneimittel, deren Preis 30 % niedriger liegt als der jeweilige Festbetrag, werden von Eigenbehalten freigestellt.
- Die Beihilfefähigkeit ambulanter Heilkuren wird gestrichen.
- Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen wird in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung neu geregelt.
- Vereinfachte Abrechnung von Aufwendungen, die in Staaten außerhalb der Europäischen Union entstehen.
- Eine Übergangsregelung für bis zum Wintersemester 2006 immatrikulierte Studentinnen und Studenten wird eingeführt.
- Die Beihilfevorschriften werden an die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Vorschriften, einschl. der durch die Einführung des Basis tariffs in der privaten Krankenversicherung veranlassten Veränderungen angepasst.

Die neue Gliederung erhöht Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der Rechtsverordnung gegenüber den bisherigen Beihilfevorschriften. Die bisher in einer eigenen Verwaltungsvorschrift geregelte Beihilfe an Bedienstete mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland wird in die Verordnung integriert. Die bisherige Verwaltungsvorschrift wird mit In-Kraft-Treten dieser Rechtsverordnung aufgehoben.

## **B. Besonderer Teil:**

### **Zu § 1 (Anwendungsbereich)**

Die Vorschrift regelt den persönlichen und sachlichen Anwendungsbereich der Verordnung. Darüber hinaus legt sie den Charakter der Beihilfe als Ergänzung der Eigenvorsorge des Beihilfeberechtigten fest. Die Anwendungsfälle, in denen Beihilfe gewährt wird, sind abschließend aufgeführt. Die durch die Beihilfe nicht abgedeckten Aufwendungen können Beihilfeberechtigte bei einer privaten Krankenversicherung absichern. Zum 1. Januar 2009 wird durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom .... eine Versicherungspflicht auch für Personen mit Beihilfeanspruch eingeführt.

### **Zu § 2 (Begriffsbestimmungen)**

Die Norm definiert Begriffe, die in der Verordnung Anwendung finden. Sie stellt somit eine einheitliche Verwendung feststehender Bezeichnungen sicher.

### **Zu § 3 (Beihilfeberechtigte Personen)**

Absatz 1:

Die Regelung legt dem Grunde nach den beihilfeberechtigten Personenkreis fest. Die Festlegung statuiert nicht abschließend den Beihilfeanspruch. Ergänzend müssen weitere Voraussetzungen hinzutreten.

Absatz 2:

Die genannten Personenkreise sind nicht beihilfeberechtigt, weil dem Dienstherrn für diese keine besondere Fürsorgepflicht obliegt, die eine ergänzende Leistung zur Alimentation erfordert. Daneben sind diejenigen Personen ausgeschlossen, die typischerweise über eine ausreichende Absicherung auf der Grundlage anderer Normen verfügen und daher nicht der Fürsorge durch die Gewährung von Beihilfe bedürfen.

### **Zu § 4 (berücksichtigungsfähige Angehörige)**

Die berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind abschließend aufgezählt.

Nummer 1:

Ehegatten sind berücksichtigungsfähig, wenn ihre Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor dem laufenden Jahr 10.000 Euro nicht überschritten haben. Dabei werden alle positiven Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (§ 2 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz – EStG) berücksichtigt. Als Bemessungszeitraum für die eigenen Einkünfte wird das vorvergangene Kalenderjahr gewählt, da davon auszugehen ist, dass für diesen Zeitraum auch bei Selbständigen bereits eine Steuerfestsetzung vorliegt. Bei einem Jahreseinkommen von 10.000 Euro ist davon auszugehen, dass Ehegatten wirtschaftlich selbständig sind und ihnen zugemutet werden kann, für einen eigenen Krankenversicherungsschutz zu sorgen. Die Höhe des Grenzbetrages lehnt sich an das Einkommen nach § 20 Abs. 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (Gleitzone) in Höhe von 800 Euro monatlich an.

Soweit Ehegatten der Beihilfeberechtigten über ein eigenes Einkommen in dieser Höhe verfügen, bedarf es der Fürsorgepflicht des Dienstherrn nicht mehr. Ehegatten, die sich in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung befinden, verfügen da-

durch über einen eigenständigen Versicherungsschutz. Ein Ausschluss der Ehegatten ab diesem Grenzbetrag von der Beihilfe ist sowohl mit der Fürsorgepflicht des Dienstherrn als auch mit höherrangigem Recht vereinbar. Der dem Dienstherrn bei der Beihilfegewährung eingeräumte Spielraum erlaubt es, erhebliche Einkünfte, die zu einer wirtschaftlichen Selbstständigkeit von nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten führen, bei der Beihilfegewährung einschränkend zu berücksichtigen. Der Ausschluss der Beihilfe im Fall wirtschaftlich selbstständiger Ehegatten von Beihilfeberechtigten trägt dem subsidiären Charakter der Beihilfe Rechnung. Nach Einführung einer Versicherungspflicht und des Basistarifs mit Kontrahierungszwang bedarf es keiner Härtefallregelung für Ehegatten mehr, welche die Einkommensgrenze überschreiten und aufgrund bestehender Erkrankungen keine private Vollversicherung abschließen können.

Satz 2 enthält eine Klarstellung.

Nummer 2:

Ein Anspruch auf Beihilfe für Kinder als berücksichtigungsfähige Angehörige besteht grundsätzlich so lange, wie Kindergeld entweder nach dem Einkommensteuergesetz oder dem Bundeskindergeldgesetz zusteht oder zustehen würde. Veränderungen beim Kindergeldanspruch haben somit unmittelbare Auswirkungen auf die Berücksichtigungsfähigkeit im Rahmen der Beihilfe. Satz 2 dient der Klarstellung.

Nummer 3:

Die Regelung stellt die Kinder von Beamtinnen und Beamten nach § 2 Nummer 2 den Kindern nach Nummer 2 gleich.

## **Zu § 5 (Beihilfeberechtigung)**

Absatz 1:

Die Beihilfeberechtigung ist grundsätzlich davon abhängig, dass die Beihilfeberechtigten laufende Bezüge erhalten. Sie besteht auch bei Bezug der genannten Leistungen, die im Sinne des Beihilferechts als Bezüge gelten. Ohne Bezüge besteht die Beihilfeberechtigung während der Elternzeit oder wegen der Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsbestimmungen.

Absatz 2:

Die Regelung stellt klar, dass die Beihilfeberechtigung im Zeitpunkt der Erbringung der Leistungen bestanden haben muss. Gleiches gilt auch für das Verwandtschaftsverhältnis, um als Angehörige bzw. Angehöriger bei der Beihilfe berücksichtigungs-

fähig zu sein. Die Regelung stellt sicher, dass Beihilfeberechtigte nicht durch Veränderung in der Zeit zwischen Leistungserbringung und Rechnungsstellung den Beihilfeanspruch verlieren.

#### **Zu § 6 (Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen)**

Absatz 1:

Die Vorschrift regelt die Rangfolge mehrerer Beihilfeansprüche. Unterschiedliche Beihilfeberechtigungen können in einer eigenen Beihilfeberechtigung und in einem abgeleiteten Anspruch als berücksichtigungsfähige Person sowie in solchen aus einem aktiven Dienstverhältnis gegenüber dem als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger und innerhalb des Rechtsverhältnisses als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger im Hinblick auf verschiedene Versorgungsbezüge liegen. Darüber hinaus kann eine Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften und anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften bestehen.

Absatz 2:

Für ein berücksichtigungsfähiges Kind erhalten Berechtigte Beihilfe, die das Kindergeld tatsächlich beziehen.

#### **Zu § 7 (Beihilfefähigkeit der Aufwendungen)**

Absatz 1

Die Norm bestimmt, welche Aufwendungen grundsätzlich beihilfefähig sein können. Dabei darf es sich grundsätzlich nur um Aufwendungen handeln, die notwendig und wirtschaftlich angemessen sind. Untersuchungen und Behandlungen sind darüber hinaus grundsätzlich nur beihilfefähig, wenn sie notwendig sind und nach einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode durchgeführt werden. In Ausnahmefällen kann die Beihilfefähigkeit ausdrücklich zugelassen werden. Die Regelung kehrt insoweit den bisherigen Grundsatz um, wonach Aufwendungen solange beihilfefähig waren, bis diese ausdrücklich ausgeschlossen wurden. Die bisherige Regelung hat sich nicht bewährt. Sie hat eine Entwicklung unterstützt, die dazu führt, dass von der Beihilfe Therapien als beihilfefähig anerkannt wurden, die einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht oder nur eingeschränkt standhalten. Die jetzige Regelung entspricht der Vorgehensweise in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die ganz oder teilweise ausgeschlossenen Behandlungsmethoden sind in Anlage 1 aufgeführt. Die Auflistung ist nicht abschließend. Der Nachweis der Wirksamkeit ergibt sich unter anderem aus den einschlägigen Rechtsvorschriften z. B. dem Arzneimittelgesetz und

dem Medizinproduktegesetz sowie gegebenenfalls ergänzenden gutachterlichen Stellungnahmen, die auf Veranlassung der Beihilfestelle eingeholt werden können.

Absatz 2:

Die Angemessenheit der Aufwendungen beurteilt sich nach den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte, für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sowie dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker. Für Beihilfeberechtigte, die im Basistarif versichert sind, gelten die Aufwendungen als angemessen, die vertraglich vereinbart sind oder nach § 75 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetz für die Behandlung von privat Krankenversicherten im Basistarif anwendbar sind.

Absatz 3:

Die Entscheidung über die Angemessenheit und die Notwendigkeit von Aufwendungen liegt alleine bei der Festsetzungsstelle, die sich im Bedarfsfall fachlich beraten lassen kann. Satz 3 legt fest, dass Beihilfeberechtigte mit den Kosten der Beratung nicht belastet werden. Die Verweigerung der Einwilligung müssen sich Beihilfeberechtigte als mangelnde Mitwirkung zurechnen lassen.

Absatz 4

Die Norm regelt, in welcher Form grundsätzlich Beihilfe gewährt wird (prozentualer Anteil von den beihilfefähigen Aufwendungen) und in welchen Fällen Pauschalierungen möglich sind. Daneben ist festgelegt, dass und unter welchen Voraussetzungen – ausnahmsweise – die Beihilfe an andere als an den Beihilfeberechtigten gewährt werden kann. Anwendungsfälle dieser Regelungen sind üblicherweise solche, in denen der Beihilfeberechtigte und die berücksichtigungsfähigen Angehörigen getrennt leben oder bei größeren Aufwendungen, z. B. im Krankenhaus, wenn der Beihilfeberechtigte seinen Auszahlungsanspruch übertragen hat.

Absatz 5:

Die Regelung betrifft Fälle, in denen die Aufwendungen im Ausland entstanden sind und der Berechtigte sowie seine Angehörigen ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben. Um eine finanzielle Gleichstellung der im Ausland tätigen Beamten mit solchen, die im Inland Dienst verrichten, zu erreichen, tritt zu den Kosten der beihilfefähigen Aufwendungen noch der Kaufkraftausgleich hinzu.

### **Zu § 8 (Ausschluss der Beihilfefähigkeit)**

In den genannten Fällen sind die Aufwendungen generell nicht beihilfefähig. Die Aufzählung ist abschließend. Es handelt sich hierbei um Fälle, in denen sich aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn keine Veranlassung ergibt, zusätzlich eine Beihilfe zu gewähren. Z. B. weil bereits ein anderweitiger ausreichender Krankenversicherungsschutz besteht, der Beihilfeberechtigte anderweitig Ersatz der Kosten erlangen kann, es sich nicht um Kosten im Zusammenhang mit einer Krankheit handelt oder den Beihilfeberechtigten zugemutet werden kann, die Kosten alleine zu tragen.

### **Zu § 9 (Anrechnung von Leistungen)**

Absatz 1:

Die Vorschrift trägt dem Subsidiaritätscharakter der Beihilfe Rechnung. Sie bezieht sich sowohl auf Beihilfeberechtigte als auch berücksichtigungsfähige Angehörige. Die genannten Leistungen gelten gegenüber den Beihilfeansprüchen als vorrangig. Leistungen auf Grund gesetzlicher und arbeitsvertraglicher Grundlage sind danach bei der Festsetzung der Beihilfe abzuziehen. Die Leistungen einer privaten Krankenversicherung werden von dieser Vorschrift nicht erfasst.

Absatz 2:

Die Norm legt fest, welche Leistungen im Bereich des Zahnersatzes von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen sind. Sie berücksichtigt den aktuellen Stand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Absatz 3:

Auch wenn zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden sind, müssen diese (fiktiv) bei der Beihilfeberechnung berücksichtigt werden. Die Regelung ist Ausfluss des Subsidiaritätsprinzips und von der Rechtsprechung bestätigt. Satz 3 bestätigt den Beihilfeanspruch von Personen, die Anspruch auf die genannten Leistungen des Bundesversorgungsgesetzes haben, und berücksichtigungsfähigen Kindern, die bei einer anderen pflichtversicherten Person berücksichtigt sind. Die Norm berücksichtigt die aktuelle Rechtsprechung und die Fürsorgepflicht des Dienstherrn.

### **Zu § 10 (Ausschluss der Beihilfe)**

Die Vorschrift schließt die aufgeführten Leistungen von der Beihilfefähigkeit aus. Sie gilt für den Personenkreis, der gesetzliche Ansprüche auf Krankenbehandlung hat, insbesondere Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), aber auch nach dem Bundesversorgungsgesetz (Nr. 3). Die Re-

gelung verhindert, dass vom Gesetzgeber festgelegte Zuzahlungen oder Eigenbehalte über die Beihilfe ausgeglichen werden. Durch Satz 2 wird sichergestellt, dass in den Fällen, in denen der Sozialhilfeträger Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erbracht hat, die Ausnahmevorschrift des § 10 nicht gilt. Dies ist Konsequenz der besonderen Rolle der Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, die innerhalb des sozialen Netzes stets nachrangig sind.

#### **Zu § 11 (Rechtsnatur des Beihilfeanspruchs)**

Die Vorschrift stellt klar, dass auf die sich aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn ergebende Beihilfe ein Rechtsanspruch besteht. Da der Beihilfeanspruch höchstpersönlicher Rechtsnatur ist, ist die Abtretung des Anspruchs und grundsätzlich auch dessen Verpfändung und Pfändung sowie die Vererbung ausgeschlossen. Als Ausnahmefall ist zum Schutz der Leistungserbringer festgelegt, dass Forderungsgläubiger (z. B. eine Ärztin / ein Arzt) den aus ihren Forderungen zustehenden Betrag pfänden können, solange die Beihilfe noch nicht ausgezahlt ist. Damit wird die bestehende zivilrechtliche Praxis nachvollzogen.

#### **Zu § 12 (Ärztliche Leistungen)**

Leistungen, die von Ärztinnen oder Ärzten erbracht werden, sind grundsätzlich beihilfefähig. Zur Beurteilung der Angemessenheit der Aufwendungen sind die Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung oder die nach § 75 Abs. 3a und b Fünftes Buch Sozialgesetz geltende Gebührenregelung zu berücksichtigen.

#### **Zu § 13 (Heilpraktiker)**

Leistungen, die von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern erbracht werden, sind anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung, grundsätzlich beihilfefähig. Zur Beurteilung der Angemessenheit der Aufwendungen sind unabhängig vom bestehenden Krankenversicherungsschutz die Regelungen des Gebührenverzeichnisses der Heilpraktiker zu beachten (§ 7 Abs. 2 BBhV).

#### **Zu § 14 (Zahnärztliche Leistungen)**

Sowohl zahnärztliche als auch kieferorthopädische Leistungen sind grundsätzlich beihilfefähig. Die Angemessenheit richtet sich nach den Regelungen der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte oder die nach § 75 Abs. 3a und b Fünftes Buch Sozialgesetz geltende Gebührenregelung. Soweit eine abweichende Honorarvereinba-

rung getroffen wird, die Leistungen betreffen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, sind diese nicht beihilfefähig.

Aufwendungen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie sind nur eingeschränkt beihilfefähig. Zum Schutz von Beihilfeberechtigten und deren Angehörigen muss der Zahnarzt vor Aufnahme einer Behandlung, deren Aufwendungen nur teilweise beihilfefähig sind, einen Heil- und Kostenplan erstellen, der der Festsetzungsstelle vorzulegen ist. Dadurch kann der Beihilfeberechtigte vor Beginn der Behandlung kalkulieren, in welchem Umfang Kosten nicht erstattet werden und von ihm alleine zu tragen sind.

**Zu § 15 (Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen)**

Absatz 1:

Implantate sind in den in Ziffer 1 bis 5 genannten Fällen beihilfefähig, wenn diese medizinisch notwendig sind und wenn anders die Kaufähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann. In den Fällen der Nummer 6 ist die Gesamtzahl der Implantate (einschließlich vorhandener) auf 4 Implantate beschränkt. Liegt keine der genannten Voraussetzungen vor, so sind grundsätzlich nur zwei Implantate (einschl. vorhandener) beihilfefähig. Werden mehr Implantate eingesetzt als beihilfefähig sind, werden die zahntechnische Leistungen sowie die Material- und Laborkosten anteilig aufgeteilt erstattet. Die Aufwendungen für Suprakonstruktionen, d. h. der auf die Implantate aufgebrachte Zahnersatz, z. B. Brücken oder Kronen, ist - ungeachtet der Beihilfefähigkeit der Implantate - beihilfefähig.

Absatz 2:

Kieferorthopädische Leistungen sind bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beihilfefähig. Darüber hinaus sind kieferorthopädische Leistungen nur ausnahmsweise beihilfefähig, weil sich durch kieferorthopädische Maßnahmen im voll ausgebildeten Gebiss nur in wenigen Fällen noch Verbesserungen der Bissstellungen erreichen lassen.

Absatz 3:

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur in den genannten Fällen beihilfefähig. Eine Beschränkung auf diese Maßnahme erfolgt, da in den genannten Fällen die Leistungen besonders notwendig und Erfolg versprechend sind. Da die Leistungen mit erheblichen Kosten verbunden sind, ist eine solche Einschränkung aus wirtschaftlichen Gründen gerechtfertigt. Die Auflistung ist abschließend.



Ansatz 4:

Die Vorlage eines schriftlich dokumentierten Befundes über den Kiefer-/Zahnstatus ist erforderlich, um beurteilen zu können, ob die entsprechenden Maßnahmen nach Absatz 3 erforderlich waren und die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen gegeben ist.

**Zu § 16** (Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahntechnischen Leistungen)

Absatz 1:

Die Regelung, dass Material und Laborkosten zu 40 % beihilfefähig sind, dient dazu, ein vergleichbares Erstattungsniveau bei Zahnersatz von Beihilfeberechtigten zu erreichen, wie es auch für gesetzlich Versicherte besteht.

Absatz 2:

Soweit bei im Ausland erbrachten Leistungen Beihilfeberechtigte ihren dienstlichen Wohnsitz ebenfalls im Ausland haben und sich in der Rechnung keine Aufteilung nach zahnärztlichen Leistungen und Material- und Laborkosten vornehmen lässt, erfolgt nach Absatz 2 eine pauschale Aufteilung.

**Zu § 17** (Zahnärztliche Leistungen bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf)

Absatz 1:

Grundsätzlich sind die unter Ziffer 1 bis 4 genannten Leistungen für Beamtinnen oder Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. Damit wird dem besonderen Charakter des Beamtenverhältnis auf Widerruf Rechnung getragen, dass im wesentlichen den Vorbereitungsdienst umfasst. Hieraus ergibt sich nur eine eingeschränkte Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber Beamten und ihren Familien.

Absatz 2:

In den genannten Fällen besteht gegenüber den anderen im Beamtenverhältnis auf Widerruf befindlichen Beamtinnen und Beamten eine gesteigerte Fürsorgepflicht. Von daher entfallen die Einschränkungen des Absatzes 1.

**Zum Kapitel Ambulante Psychotherapeutische Leistungen**

Die Regelungen entsprechen überwiegend den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach § 92 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 91 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetz-

buch die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien. Die Psychotherapie-Richtlinien (in der Fassung vom 11. Dezember 1998, veröffentlicht im Bundesanzeiger (Seite 249) vom 30. Dezember 1998 zuletzt geändert am 20. Juni 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 176 (S. 6339) vom 16. September 2006 in Kraft getreten am 17. September 2006) regeln das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die geeigneten Verfahren (einschließlich des Gutachter- und Anerkennungsverfahrens), die probatorischen Sitzungen sowie Art und Umfang der Behandlung. Die Soziotherapie-Richtlinien (in der Fassung vom 23. August 2001, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 217, (S. 23735) vom 21. November 2001 in Kraft am 1. Januar 2002) regeln die Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung.

### **§ 18 (Soziotherapie)**

Die Vorschrift ist dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung nachgebildet. Nach § 37a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch haben psychisch erkrankte Menschen ein Anrecht auf Verordnung von Soziotherapie. Aufwendungen einer Soziotherapie gehörten bisher nicht zu den beihilfefähigen Leistungen. Psychisch Kranke haben Probleme, verordnete Medikamente einzunehmen, ärztliche Ratschläge zu befolgen und notwendige Nachgespräche mit dem behandelnden Arzt tatsächlich wahrzunehmen. Die Soziotherapie ist daher für diese psychisch Erkrankten ein wesentliches und mittelbares Element des ärztlichen Handelns und versetzt psychisch Kranke in die Lage, sich einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen. Die Soziotherapie hilft teure Krankenhausbehandlungen zu vermeiden und zu verkürzen. Mit der Aufnahme dieser Maßnahme in die Beihilfeverordnung wird auch psychisch kranken Beihilfeberechtigten und psychisch kranken berücksichtigungsfähigen Angehörigen diese Art der Betreuung zugänglich.

### **§ 19 (Psychotherapeutische Leistungen)**

#### **Absatz 1**

Die Vorschrift regelt in Verbindung mit Anlage 2, dass nur Behandlungen beihilfefähig sind, die von für die psychotherapeutische Leistungserbringung qualifizierten Personen erbracht werden.

#### **Absatz 2**

Psychotherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn sie nach wissenschaftlich anerkannten Verfahren durchgeführt werden (Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte - Abschnitt B und G). Psychotherapeutische Behandlungen dürfen zu Lasten der Beihilfe nur erbracht werden, wenn

ein Behandlungserfolg zu erwarten ist. Die Begrenzung der Anzahl der probatorischen Sitzungen auf höchstens fünf orientiert sich an der Untergrenze des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung. Grundsätzlich ist eine psychotherapeutische Behandlung nur nach der vorherigen Durchführung eines Begutachtungsverfahrens beihilfefähig. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass die festgelegten Voraussetzungen, unter denen Psychotherapie bewilligt werden kann, eingehalten werden.

#### Absatz 3

Die psychosomatische Grundversorgung hat die möglichst frühzeitige differentialdiagnostische Klärung komplexer Krankheitsbilder und gegebenenfalls die Indikationsstellung zur Einleitung einer Psychotherapie zum Ziel. Bei entsprechenden Maßnahmen wird auf die vorherige Feststellung verzichtet, dass die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind.

#### Absatz 4

Die Regelung trägt der Tatsache Rechnung, dass diese besondere Therapieform nur in bestimmten Fällen sinnvoll und Erfolg versprechend ist.

#### Absatz 5

Mit der Vorschrift wird erreicht, dass durch die psychotherapeutische Behandlung auch bestehende organische Erkrankungen erkannt und behandelt werden.

#### Absatz 6

Kombinationsbehandlungen sind zur Sicherstellung der psychodynamischen Wirksamkeit der Therapie ausgeschlossen. Bei den unter Nr. 2 genannten Therapien mangelt es an einem zugrunde liegenden Leiden mit Krankheitscharakter.

### **Zu § 20 (Psychosomatische Grundversorgung)**

#### **Absatz 1**

Die psychosomatische Grundversorgung kann nur im Rahmen einer übergeordneten psychosomatischen Behandlungsstrategie Anwendung finden. Voraussetzung ist, dass die Ärztin oder der Arzt die ursächliche Beteiligung psychischer Faktoren an einem komplexen Krankheitsgeschehen festgestellt hat oder auf Grund ihrer bzw. seiner ärztlichen Erfahrung diese als wahrscheinlich annehmen muss. Die begrenzte Zielrichtung der psychosomatischen Grundversorgung strebt eine an der aktuellen Krankheitssituation orientierte seelische Krankenbehandlung an. Sie kann während der Behandlung von somatischen, funktionellen und psychischen Störungen von

Krankheitswert als verbale Intervention oder als Anwendung übender Verfahren durchgeführt werden.

Absätze 2 und 3

Aus dem besonderen Charakter der psychosomatischen Grundversorgung ergibt sich die Notwendigkeit für die genannten Begrenzungen sowohl hinsichtlich der Anzahl der beihilfefähigen Behandlungen als auch des Ausschluss weiterer Behandlungen gleichzeitig mit der psychosomatischen Grundversorgung.

### **Zu § 21 (Tiefenpsychologisch fundierte analytische Psychotherapie)**

Absatz 1

Die Regelung bezeichnet die Anwendungsbereiche, in denen eine solche Behandlung Aussicht auf Erfolg bietet und damit beihilfefähig ist. Die Aufzählung ist abschließend.

Absatz 2

Die Dauer der Behandlung ist nach medizinischen Erfordernissen festgelegt. Die Regelungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen und stellen einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.

Absatz 3

Mit dieser Regelung wird die Möglichkeit geschaffen, bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung der altersspezifischen Bedingungen auch die Einbeziehung von Bezugspersonen aus dem näheren Umfeld als beihilfefähige Aufwendungen anzuerkennen.

### **Zu § 22 (Verhaltenstherapie)**

Absatz 1

Die Regelungen bezeichnen die Anwendungsbereiche, in denen eine solche Behandlung Aussicht auf Erfolg bietet und damit beihilfefähig ist. Die Aufzählung ist abschließend.

Absatz 2

Die Regelungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen und stellen für Kurzzeittherapien einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Durch den Verzicht auf das Gutachterverfahren in diesen Fällen (Abschluss innerhalb von 10 bzw. 20 Stunden) wird einerseits Aufwand

eingespart, andererseits werden Zeitverzögerungen vermieden. Damit ist sichergestellt, dass Patienten möglichst schnell die Behandlung bekommen, die sie benötigen.

#### Absatz 3

Die Dauer der Behandlung ist nach medizinischen Erfordernissen festgelegt. Die Regelungen berücksichtigen die therapeutischen Erfahrungen und stellen einen Behandlungsumfang dar, in dem in der Regel ein Behandlungserfolg erwartet werden kann.

### **Zu § 23 (Arznei- und Verbandmittel)**

#### Absatz 1

Die Vorschrift legt fest, dass grundsätzlich nicht nur die zur Einnahme verordneten, sondern auch die bei der ambulanten Behandlung verbrauchten Arznei- und Verbandmittel beihilfefähig sind. Voraussetzung ist allerdings, dass diese Mittel nach den amtlichen Gebührenordnungen abrechnungsfähig sind und deren Verwendung nicht bereits mit den ärztlichen Gebühren abgegolten sind. Absätze 2 und 4 gelten auch für Arzneimittel, die in der ärztlichen Praxis verabreicht werden.

#### Absatz 2

Die Vorschrift schränkt die grundsätzliche Aussage des Absatzes 1 ein. Damit werden die Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinsichtlich des Ausschlusses der Verschreibungsfähigkeit von Arzneimitteln (§ 31 Abs. 1 i. V. m. §§ 34, 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6) in das Beihilferecht übertragen. Die Ausschlussregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch für die Beihilfe abschließend. Für abweichende Entscheidungen der Festsetzungsstellen im Rahmen des Beihilferechts bleibt kein Raum. Die vom gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Arzneimittelrichtlinien sind damit in vollem Umfang auch bei Entscheidungen im Rahmen des Beihilferechts anwendbar. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der besonderen Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber seinen Beamten.

#### Absatz 3

Auch die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung über Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel gelten in vollem Umfang im Beihilferecht. Das bedeutet, dass Aufwendungen für Verband- und Arzneimittel, für die ein Festbetrag festgelegt ist, höchstens in Höhe des Festbetrages beihilfefähig sind. Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens um 30 % niedriger als

der jeweils gültige Festbetrag liegt, sind von der Zuzahlung freigestellt. Diese Regelung entspricht dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung.

#### Absatz 4

Hierbei handelt es sich um eine Maßnahme zum Schutz von Patienten, in den bei Therapien mit hohem Gefährdungspotential ein weiterer besonders erfahrender Arzt beteiligt wird. Damit gilt im weitesten Sinne die gleiche Regelung wie im gesetzlichen Bereich.

### **Zu § 24 (Heilbehandlungen)**

#### Absatz 1

Grundsätzlich sind Heilbehandlungen einschließlich der verbrauchten Stoffe beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet sind. Weitere Voraussetzung ist, dass die Personen, welche die Heilbehandlung erbringen, zur Gruppe der anerkannten Medizinalfachberufen gehören. Um welche Berufe es sich hierbei handelt, ist in der Anlage 3 festgelegt. Sprachtherapie ist nur dann beihilfefähig, wenn diese von anerkannten Sprachtherapeutinnen oder Sprachtherapeuten (Logopädinnen oder Logopäden oder Personen mit vergleichbarer Ausbildung) erteilt wird. Nicht beihilfefähig sind demnach Therapieleistungen, die beispielsweise von Pädagogen erbracht werden, weil dieser Personenkreis nicht zu den anerkannten Medizinalfachberufen gehört. Diese Einschränkung dient der Qualitätssicherung.

#### Absatz 2

Im Hinblick auf die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Erforderlichkeit können Therapien von geringem oder umstrittenem Nutzen von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Die nähere Festlegung, in welcher Höhe Aufwendungen für Heilbehandlungen beihilfefähig sind, wird in der Anlage 4 vorgenommen. Immer dann, wenn zur Abrechnung von Aufwendungen keine (amtlichen) Gebührenordnungen zur Verfügung stehen, kann auch nach der Rechtsprechung die Angemessenheit von Aufwendungen durch eigenständige beihilferechtliche Regelungen der Höhe nach begrenzt werden.

### **Zu § 25 (Komplexleistungen)**

#### Absatz 1

Das Gesundheitswesen befindet sich ständig in Bewegung. Um auch neueren Behandlungsansätzen folgen zu können, sieht die Vorschrift vor, dass auch Komplextherapien grundsätzlich beihilfefähig sein können. Die gilt auch dann, wenn die er-

brachten Leistungen nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte abrechnungsfähig sind. In der gesetzlichen Krankenversicherung sind vergleichbare Leistungen unter dem Begriff „integrierte Versorgung“ Teil des Leistungskataloges (§ 140a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) und werden als besonders förderungswürdig bewertet. Die Leistungshöhe für Komplexleistungen in der Beihilfe ist begrenzt auf die von der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung gezahlten Entgelte. Dem Team, das Leistungen der Komplextherapie erbringt, müssen mindestens Ärztinnen oder Ärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder Angehörige der Medizinalfachberufe angehören.

#### Absatz 2

Die Norm regelt, welche Leistungen nicht im Rahmen einer „Komplextherapie“ beihilfefähig sind. Hierbei handelt es sich nicht um Maßnahmen zur Krankenbehandlung.

### **Zu § 26 (Hilfsmittel)**

#### Absatz 1

Mit der Regelung werden Leistungsumfang und die Art der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke, die als beihilfefähig anerkannt werden können bzw. die keine Berücksichtigung finden, bestimmt. Grundsätzlich sind Hilfsmittel nur beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet sind. Die Gruppen beihilfefähiger Hilfsmittel einschl. eventueller Höchstbeträge oder Eigenbeteiligungen sind in der Anlage 5 festgelegt.

#### Absatz 2

Die Norm legt die Grundsätze fest, unter denen Hilfsmittel von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen werden können. In Anlage 6 sind die nicht beihilfefähigen Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke benannt. Die Auflistung in der Anlage ist nicht abschließend.

#### Absatz 3

Grundsätzlich ist an Stelle des Kaufs eines Hilfsmittels auch dessen Miete zulässig. Voraussetzung ist allerdings, dass die Kosten der Miete die Anschaffungskosten nicht übersteigen.

#### Absatz 4

Mit der Regelung soll einer übermäßigen Ausweitung der als beihilfefähig anerkannten Hilfsmittel vorgebeugt werden. Nur die in der Liste aufgeführten Hilfsmittel sind

beihilfefähig. Anlage 5 und 6 werden mit den Bundesländern abgestimmt und stellen insoweit eine Einschränkung der grundsätzlichen Beihilfefähigkeit dar.

#### Absatz 5

Die generelle Anerkennung einer Ersatzbeschaffung ohne erneute ärztliche Verordnung erfolgt unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Der Verzicht ist auf die ersten 6 Monate nach erfolgter Verordnung begrenzt, da nur während dieses Zeitraums angenommen werden kann, dass das Hilfsmittel weiter notwendig ist. Gleiches gilt grundsätzlich auch für Reparaturen.

#### Absatz 6

Die Norm regelt die Höhe der Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte, die Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen selbst zu tragen haben. Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen sind, ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

### **Zu § 27 (Krankenhausleistungen)**

#### Absatz 1

Die Vorschrift legt fest, welche Leistungen bei stationären Behandlungen in Krankenhäusern beihilfefähig sind. Für die Unterbringung in Zweibettzimmern ist dabei ein Eigenbehalt von 14,50 € festgelegt, soweit Unterkunftskosten gesondert berechnet werden. Dies ist immer dann der Fall, wenn die Unterbringung in Einzel- / Zweibettzimmern nicht die Standardleistung in dem Krankenhaus ist. Der Abzugsbetrag für die Unterbringung im Zweibettzimmer trägt den häuslichen Ersparnissen während einer stationären Krankenhausbehandlung Rechnung. Nicht beihilfefähig sind die berechneten Kosten für die Unterbringung in einem Einzelzimmer. Erfolgt die Unterbringung in einem Einzelzimmer nicht auf Wunsch des Patienten, so ist diese Leistung nicht berechnungsfähig.

#### Absatz 2

Mit der Regelung sollen die Aufwendungen für stationäre Krankenhausbehandlungen insbesondere in Privatkliniken begrenzt werden. In der Praxis wurden dort in der Vergangenheit Pflegesätze verlangt, die erheblich über den Pflegesätzen der Einrichtungen lagen, die die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz anwenden. Diese erhöhten Aufwendungen sind nur noch bis zu Höhe der Aufwendungen für die Krankenhäuser, die die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung oder des Krankenhausentgeltgesetzes anwenden, beihilfefähig. In Rech-



nung gestellte Aufwendungen, die üblicherweise Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen sind, sind nicht beihilfefähig. Zur Sicherheit der zu erwartenden Kostenbeteiligung des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen ist es angezeigt, vor Behandlung die voraussichtlichen Aufwendungen von der Beihilfestelle prüfen zu lassen.

Absatz 3

Die Vorschrift trägt den besonderen Verhältnissen im Ausland Rechnung.

### **Zu § 28 (Häusliche Krankenpflege)**

Absatz 1

Mit der Regelung wird der Umfang der häuslichen Krankenpflege in Anlehnung an § 37 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bestimmt. Der Rechnungsaussteller kann in der Rechnung bestätigen, dass vergleichbare Kosten mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Absatz 2

Die Norm regelt die Voraussetzung und als beihilfefähig anzuerkennende Vergütung für Häuslicher Krankenpflege.

Absatz 3

Wird die häusliche Pflege von Angehörigen nach § 2 Nr. 1 wahrgenommen, sind nur die Kosten beihilfefähig, die typischerweise anfallen (Fahrtkosten, Verdienstausschlag). Dieser Personenkreis erhält keine Vergütung, da anzunehmen ist, dass die Pflege vor dem Hintergrund familiärer Bindungen erfolgt.

### **Zu § 29 (Familien- und Haushaltshilfe)**

Absatz 1

Mit der Regelung werden die Voraussetzungen, unter denen die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig sind, in Anlehnung § 38 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bestimmt. Der Rechnungsaussteller kann in der Rechnung bestätigen, dass vergleichbare Kosten mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Absatz 2

Die Aufwendungen für Haushaltshilfen sind, außer für die Dauer einer außerhäuslichen Unterbringung auch für bis zu 28 Tage, danach beihilfefähig. Entgegen der Re-

gelung in § 38 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch wird für das Beihilferecht eine zeitliche Begrenzung einer zustehenden Familien- und Haushaltshilfe festgelegt. Bislang beträgt diese Frist 7 Tage. Eine Verlängerung ist erforderlich, weil die Verweildauern in den Krankenhäusern ständig sinken und die Patienten im Regelfall nach einer Krankenhausentlassung noch nicht in der Lage sind, sich selber zu versorgen. Die Befristung des Anspruchs auf eine Haushaltshilfe nach vorheriger außerhäuslicher Unterbringung (Krankenhaus) erfolgt, um Missbräuchen entgegen zu wirken. Sonderregelungen bestehen für die Fällen, in denen die haushaltführende Person verstirbt. Hier beträgt die Frist 6 Monate, in Ausnahmefällen 12 Monate.

#### Absatz 3

Ebenfalls beihilfefähig ist die auswärtige Unterbringung von Kindern unter 12 Jahren oder pflegebedürftiger Angehöriger sowie Beihilfeberechtigter beispielsweise in einer stationären Einrichtung. Die Kosten dürfen allerdings die einer Familien- und Haushaltshilfe nicht überschreiten.

### **Zu § 30 (Familien- und Haushaltshilfe im Ausland)**

#### Absatz 1

Mit der Regelung werden die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe für die im Ausland tätigen Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter Berücksichtigung der im Ausland vorliegenden besonderen Verhältnisse bestimmt.

#### Absatz 2

Als Spezialregelung zu Absatz 1 werden die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen in Geburtsfällen festgelegt.

#### Absatz 3

Es handelt sich um eine, die spezifischen Bedürfnisse bei Auslandseinsätzen berücksichtigende, Parallelregelung zu § 29 Absatz. 3.

### **Zu § 31 (Fahrtkosten)**

Die Regelungen zu den Fahrtkosten lehnen sich weitgehend an die entsprechenden Bestimmungen des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch (insbesondere § 60 SGB V) an.

#### Absatz 1

Rettungsfahrten sind grundsätzlich immer beihilfefähig, es sei denn es ist offenkundig, dass die Fahrten missbräuchlich in Anspruch genommen wurden.

Absatz 2

Die Vorschrift legt fest, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen Fahrtkosten beihilfefähig sind.

Absatz 3

Die genannten Aufwendungen sind dem privaten Bereich zuzurechnen. Daher sind diese Kosten grundsätzlich nicht beihilfefähig. Die Ausnahmeregelung soll in Fällen, in denen eine medizinische Behandlung in den EU-Staaten nicht erfolgen kann, die Möglichkeit geben Fahrtkosten zu erstatten. Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen.

Absatz 4

Eine Erstattung der Fahrtkosten ist nur auf der Basis der Regelungen des Bundesreisekostengesetzes möglich. Der Systematik des Bundesreisekostengesetzes folgend sind bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges nur die Kosten der „kleinen Wegstreckenentschädigung“ nach § 5 Abs. 1 Bundesreisekostengesetz (je km 20 Cent) beihilfefähig. Bei Krankentransporten richtet sich die Höchstgrenze der beihilfefähigen Aufwendungen für Fahrtkosten mit Krankentransportfahrzeugen nach den landesrechtlichen Regelungen des Landes, in dem der Transport durchgeführt wird.

Absatz 5

Die Vorschrift berücksichtigt hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten die im Ausland vorliegenden besonderen Verhältnisse.

**Zu § 32 (Auswärtige ambulante Behandlungen)**

Absatz 1

Mit der Regelung wird der Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei notwendigen auswärtigen ambulanten Behandlungen bestimmt.

Absatz 2

Mit der Regelung wird der Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei notwendigen auswärtigen, ärztlich verordneten Heilbehandlungen bestimmt.

### Absatz 3

Die Vorschrift regelt die beihilfefähigen Aufwendungen für Behandlungen außerhalb des Gastlandes für die im Ausland tätigen Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter Berücksichtigung der im Ausland vorliegenden besonderen Verhältnisse.

## **Zu § 33 (Anschlussheil- / Suchtbehandlungen)**

### Absatz 1

Die Norm regelt die Beihilfefähigkeit von Anschlussheil- und Suchtbehandlungen. Diese Maßnahmen sind grundsätzlich beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet sind. Dabei muss sich die Anschlussheilbehandlung an eine Krankenhausbehandlung oder eine damit im Zusammenhang stehende ärztliche Behandlung anschließen. Dabei sind dazwischen liegende Aufenthalte von wenigen Tagen zulässig. Die Maßnahmen werden grundsätzlich stationär durchgeführt. Die Suchtbehandlung kann auch als Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden. Allerdings ist es zur Sicherung des Therapieerfolges notwendig, eine Rehabilitationsmaßnahme anzuschließen. Die Einrichtungen, in denen die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt werden, müssen darauf spezialisiert sein. Daneben müssen die Voraussetzung für die Anerkennung der Maßnahme durch Träger der Sozialversicherung erfüllt sein. Dies können z. B. Träger der Kranken-, der Renten- oder ggf. auch der Unfallversicherung sein.

### Absatz 2

Um eine unvoreingenommene Beurteilung der Notwendigkeit der Maßnahme zu ermöglichen, muss die ärztliche Verordnung ausreichend (Art, Dauer, Inhalt) begründet sein und darf nicht von der die Maßnahme durchführenden Einrichtung stammen.

### Absatz 3

Die Norm legt durch Verweis auf die Regelungen zu §§ 26 und 30 die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen fest.

## **Zu § 34 (Rehabilitationsmaßnahmen)**

### Absatz 1

Beihilfefähig sind grundsätzlich nur stationäre Heilkuren, weil hier der größte Maßnahmenerfolg zu erwarten ist. Im Hinblick auf die Leistungsentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung, wo ambulante Heilkuren nicht zum Pflichtleistungskatalog gehören, wird die Beihilfefähigkeit dieser Leistung nicht mehr für erforderlich gehalten. Bei ambulanten Kuren ist eine Abgrenzung zwischen Rehabilitationsmaßnahme und Freizeitinteresse nur schwer möglich. Hinzu kommt, dass erhebliche Zweifel bestehen, ob damit nachhaltig Erfolge erzielt werden können, welche eine Beihilfegewährung angezeigt erscheinen lassen. Vor dem Hintergrund, dass nur solche Leistungen beihilfefähig sein können, die erforderlich und auch wirtschaftlich sind, wird keine Notwendigkeit gesehen, ambulante Kuren aus Mitteln der Beihilfe zu finanzieren. Neben stationären Rehabilitationsmaßnahmen kann auch zu Mutter(Vater)-Kind-Kuren Beihilfe gewährt werden.

#### Absatz 2

Zu Vorsorgemaßnahmen wird im Rahmen der Rehabilitation keine Beihilfe gewährt, weil in diesen Fällen keine behandlungsbedürftige Krankheit vorliegt. Zwar sind in Ausnahmefällen auch Vorsorgeleistungen beihilfefähig, allerdings nur dann, wenn eine unmittelbare Eignung der Maßnahme zur Vorsorge vor Erkrankungen nachweisbar ist. Genau hier fehlt es bei Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der Rehabilitation. Diese Maßnahmen steigern zwar das subjektive Wohlbefinden, haben jedoch keine nachweisbaren präventiven Wirkungen, die den Ausbruch von Krankheiten verhindern helfen. Zudem ist die Abgrenzung von den ebenfalls nicht beihilfefähigen Kosten der allgemeinen Lebensführung nur schwer möglich.

#### Absatz 3

Neben den Leistungen zur Krankenhausbehandlung sind die bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen beihilfefähigen Leistungen in Absatz 3 abschließend aufgeführt. Bei den Fahrtkosten bleibt es den Beihilfeberechtigten oder ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen überlassen, welche Beförderungsmittel sie nutzen. Der Höchstsatz gilt für die gesamten Fahrtkosten (An- und Abreise). Bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges ist eine Wegstreckenentschädigung ausschließlich nach § 5 Abs. 1 (z. Zt. 20 Cent je km) möglich. Die Aufwendungen für Begleitpersonen sind in dem genannten Umfang beihilfefähig, ungeachtet der Frage, in welchem Verhältnis sie zu der Person steht, die die Maßnahme durchführt. Die Bestätigung über eine medizinisch indizierte Verlängerung der Maßnahme nach Nr. 6 Buchstabe a) muss vom behandelnden Arzt ausführlich begründet werden. In Fällen der Nr. 6 Buchstabe c) ist in der Frist von 20 Tagen der An- und Abreisetag nicht enthalten.

#### Absatz 4

Mit der Regelung sollen die von der Beihilfefestsetzungsstelle beauftragten Ärztinnen oder Ärzte in die Lage versetzt werden, festzustellen, ob die Einrichtung zur Erzielung des Behandlungserfolges geeignet ist. Die Vorschrift ist erforderlich, weil der Standard stationärer Kureinrichtungen international stark voneinander abweicht.

### **Zu § 35 (Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme)**

Die Norm beschreibt die Voraussetzungen, unter denen stationäre Rehabilitationsmaßnahmen beihilfefähig sein können. Wesentliches Kriterium für die Beihilfefähigkeit ist danach die medizinische Notwendigkeit und die Erforderlichkeit einer entsprechenden Maßnahme. Zwingende formale Voraussetzung, von der nicht abgewichen werden kann, ist die vorherige Genehmigung durch die Festsetzungsstelle. Die geforderten Voraussetzungen, einschließlich der genannten Fristen lehnen sich an die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung an (§ 40 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

### **Vorbemerkung zum Abschnitt IV Aufwendungen in Pflegefällen**

Die Versicherungspflicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit umfasst alle in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versicherten Personen. Auch die Leistungen der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung sind im Wesentlichen gleich. Die beihilferechtlichen Regelungen zu Aufwendungen in Pflegefällen entsprechen überwiegend den Bestimmungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die Beihilfevorschriften verweisen daher an mehreren Stellen unmittelbar auf die entsprechenden Bestimmungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

### **Zu § 36 (Pflegebedürftigkeit)**

#### **Absatz 1**

Die Vorschrift beschreibt abschließend die beihilfefähigen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Maßgeblich für die Zuordnung der Aufwendungen ist die Regelung der sozialen Pflegeversicherung (siehe Vorbemerkungen zum Abschnitt IV).

Aufwendungen für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die soziale oder private Pflegeversicherung ebenfalls Zuschüsse gewährt hat. Dadurch ist sichergestellt, dass Pflegebedürftige stets die individuell erforderlichen Leistungen sowohl von der Pflegeversicherung als auch der Beihilfe erhalten und beide Stellen bei der Entscheidung über die Angemessenheit von Aufwendungen zum gleichen Ergebnis kommen. So wird verhindert, dass Pflegebedürft-

tige auf Grund unterschiedlicher Entscheidungen der beteiligten Kostenträger entsprechende Aufwendungen in nennenswertem Umfang selbst bezahlen müssen.

#### Absatz 2

Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson und der Kurzzeitpflege sind hinsichtlich Voraussetzungen und Umfang entsprechend der §§ 39 und 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

#### Absatz 3

Die Regelung stellt sicher, dass über die Gewährung von Leistungen in Fällen der Pflegebedürftigkeit nur auf Grund ärztlicher Gutachten entschieden werden darf. Soweit die private oder die soziale Pflegeversicherung ein solches Gutachten bereits hat erstellen lassen, wird aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung auf dieser Basis entschieden. Liegt ein Gutachten nicht vor, muss die Beihilfestelle ein solches einholen.

#### Absatz 4

Die Vorschrift regelt den Beginn des Beihilfeanspruchs.

### **zu § 37 (Häusliche und teilstationäre Pflege)**

#### Absatz 1

Die Vorschrift regelt entsprechend den Festlegungen im Elften Buch Sozialgesetzbuch den Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bei häuslicher und teilstationärer Pflege. Voraussetzung ist, dass die Pflege durch Pflegekräfte geleistet wird.

#### Absatz 2

Die Norm regelt, entsprechend den Festlegungen in § 37 Elftes Buch Sozialgesetzbuch, die Beihilfeansprüche, wenn die Pflege durch andere geeignete Personen, z. B. Angehörige erfolgt. Abweichend von der üblichen Form der Beihilfegewährung wird in diesen Fällen, ebenso wie in der sozialen Pflegeversicherung Beihilfe in Form einer Pauschale gewährt, weil beihilfefähige Aufwendungen im Regelfall nicht nachgewiesen werden können. Damit für dieselbe Tätigkeit keine Leistungen von verschiedenen Trägern geleistet werden, sind Leistungen anderer Stellen auf die Beihilfe anzurechnen. Nicht versicherte Personen sollen bei den Beihilfeleistungen nicht besser gestellt werden, als Personen, die Mitglied einer Pflegekasse geworden sind.

Deshalb ist für nicht versicherte Beihilfeberechtigte die Beihilfe höchstens in der Höhe zu zahlen, wie sie auch für gesetzlich Versicherte zu zahlen wäre.

#### Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Bemessung der Beihilfe, wenn sowohl Leistungen von Pflegekräften als auch anderen Personen in Anspruch genommen werden. Zusätzlich ist festgelegt, für welchen Zeitraum, bei Tod des Pflegebedürftigen, eine Pauschale nach Absatz 2 gewährt wird. Bei Leistungen nach Absatz 1 bedarf es einer solchen Festlegung nicht, weil hier eine taggenaue Abrechnung erfolgt.

### **zu § 38 (Stationäre Pflege)**

#### Absatz 1

Durch den Verweis auf § 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch wird sichergestellt, dass nur Aufwendungen für zugelassene Pflegeeinrichtungen beihilfefähig sind. Die Norm legt entsprechend der Festlegungen in § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch fest, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Aufwendungen für stationäre Pflege beihilfefähig sind.

#### Absatz 2

Die soziale und private Pflegeversicherung übernimmt nur den pflegebedingten Aufwand sowie den Aufwand für soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege; Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten muss der Pflegebedürftige grundsätzlich selbst zahlen. Bei Bedürftigkeit besteht ein Anspruch auf Sozialhilfe. Die in der Beihilfe konkretisierte Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet in den Fällen ein Eingreifen des Dienstherrn, in denen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörige mit geringem Einkommen trotz ausreichender Eigenvorsorge nicht in der Lage sind, die unmittelbar mit der Pflege zusammenhängenden Investitionskosten sowie die Kosten für Ihre Unterbringung und Verpflegung zu bestreiten. Für die ihren Eigenanteil übersteigenden Kosten im Sinne des Absatzes 2 erhalten Beihilfeberechtigte daher eine Beihilfe in Höhe des übersteigenden Betrages. Pflegebedürftige, die keinen Anspruch auf Beihilfe haben, erhalten in solchen Fällen auf der Basis von Landesrecht ein Pflegewohngeld, das vergleichbaren Zielen dient. Für Beihilfeberechtigte besteht wegen des Vorrangs der Beihilfeansprüche grundsätzlich ein solcher Anspruch nicht.

#### Absatz 3



Die Vorschrift regelt, übereinstimmend mit dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (§§ 71 Abs. 4 und 43), die Beihilfefähigkeit in vollstationären Einrichtungen, in denen Pflegeleistungen nicht im Vordergrund stehen.

### **zu § 39 (Hospize)**

#### Absatz 1

Die Regelung entspricht den Festlegungen für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch.

#### Absatz 2

Die Regelung lehnt sich an die Bestimmungen des § 39 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an. Die Aufwendungen sind beihilfefähig, soweit die Hospizversorgung erforderlich ist. Diese Voraussetzung ist gegeben, wenn eine anderweitige palliativmedizinische Versorgung nicht möglich ist.

#### Absatz 3

Die beihilfefähigen Aufwendungen sind begrenzt auf die Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung gewährt oder gewähren würde. Sind darüber Leistungen zur Pflege erforderlich, sind diese zusätzlich beihilfefähig, sofern auch die Pflegeversicherung Leistungen erbringt. Die Leistungen der Beihilfe dürfen zusammen mit sonstigen Leistungen für die Hospizversorgung die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten. Andernfalls werden die Beihilfeleistungen entsprechend gemindert.

### **Zu § 40 (Vorsorgemaßnahmen)**

#### Absatz 1

Mit der Regelung werden die Vorsorgemaßnahmen für den ärztlichen Bereich entsprechend der vom Gemeinsamen Bundesausschuss ergangenen Richtlinien bestimmt. Die Auflistung der beihilfefähigen Vorsorgemaßnahmen ist abschließend.

#### Absatz 2

Die Vorschrift enthält entsprechende Festlegungen für den Bereich der zahnmedizinischen Vorsorge.

Absatz 3

Für den Beihilfebereich gelten für die Festlegungen hinsichtlich der Früherkennung und Vorsorgemaßnahmen sowie Schutzimpfungen die auf der Grundlage des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien.

Absatz 4

Die Regelungen zur Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten für Beamtinnen und Beamte mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland gelten entsprechend auch bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen.

**Zu § 41 (Geburt)**

Absatz 1

Mit der Regelung wird der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bei einer Geburt im Inland abschließend festgelegt. Die Leistungen nach Satz 1 werden auch für Geburten der berücksichtigungsfähigen Tochter von Beihilfeberechtigten gewährt.

Absatz 2

Die Vorschrift trägt den besonderen Belastungen von Beamtinnen und Beamten sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland Rechnung.

**Zu § 42 (Künstliche Befruchtung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch)**

Absatz 1

Die Regelung verweist auf den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung.

Absatz 2

Eine Sterilisation ist, in Übereinstimmung mit den Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (§ 24b) nur beihilfefähig, wenn diese aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Absatz 3

Die Vorschrift regelt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen im Zusammenhang mit der Empfängnisregelung.

#### Absatz 4

Die Vorschrift legt die, im Zusammenhang mit einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch entstehenden, beihilfefähigen Aufwendungen fest. Der Leistungsumfang entspricht den in § 24 b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für diese Maßnahme vorgesehenen verordnungsfähigen Leistungen.

### **Zu § 43 (Beihilfe nach dem Tod des Beihilfeberechtigten)**

#### Absatz 1

Ungeachtet des Verwandtschaftsverhältnisses wird die Beihilfe für die bis zum Tod entstandenen Aufwendungen einer bzw. eines Beihilfeberechtigten der natürlichen oder juristischen Person gewährt, die die Belege zuerst vorlegt. Damit soll erreicht werden, dass Beihilfe ungeachtet eventuell erbrechtlicher Fragen zeitnah gewährt werden kann. Die Vorschrift trägt praktischen Bedürfnissen Rechnung und entlastet die Hinterbliebenen und gegebenenfalls die Leistungserbringer von Verfahrensvorschriften.

#### Absatz 2

In der Norm sind die besonderen Ausnahmefälle festgelegt, in denen die Aufwendungen für die Überführung beihilfefähig sind. Der besondere Bemessungssatz dient dazu, die Angehörigen des verstorbenen von Aufwendungen freizustellen, die durch die dienstlichen Maßnahmen verursacht worden sind.

### **Zu § 44 (Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen)**

#### Absatz 1

Außerhalb der europäischen Union entstandenen Aufwendungen sind nur in der Höhe beihilfefähig, wenn die auch bei einer Behandlung am Wohnort entstanden wären. Ausgenommen von dieser Regelung sind allerdings die Beamtinnen und Beamte nach § 2 Nr. 2, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben. Für diesen Personenkreis sind in dieser Verordnung abweichende Regelungen getroffen. Aufwendungen, die in Staaten der europäischen Union entstehen, sind nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes ebenso zu behandeln wie im Inland entstandene Kosten.

#### Absatz 2

Die Vorschrift regelt das Abrechnungsverfahren für im Ausland erbrachte Leistungen. Sie verteilt die Obliegenheiten zwischen Beihilfeberechtigten und Beihilfestelle angemessen.

### Absatz 3

Die Vorschrift legt fest, in welchen Ausnahmefällen Aufwendungen, die außerhalb der Staaten der Europäischen Union entstanden sind, abweichend vom Grundsatz des Absatzes 1 beihilfefähig sind. Die Ausnahmeregelung dient der besonderen Fürsorge für die Beamtinnen und Beamte und ihre Familien (Nummern 1 und 2) sowie der Verwaltungsvereinfachung (Nummer 3).

### **Zu § 45 (Andere Leistungen)**

Die Regelung bestimmt den Umfang der Beihilfefähigkeit von Leistungen, bei denen es sich nicht um originäre Maßnahmen zur Behandlung einer Krankheit von Beihilfeberechtigten oder ihrer Angehörigen handelt.

### **Zu § 46 (Bemessung der Beihilfe)**

#### Absatz 1

Die Gewährung der Beihilfe erfolgt grundsätzlich als Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen. Eine Ausnahme stellen die häuslichen Pflegeleistungen durch andere geeignete Personen (§ 36 Abs. 2) dar, bei denen Beihilfe in Form einer Pauschale gewährt wird. Der Anteil der beihilfefähigen Aufwendungen, der als Beihilfe gewährt wird (Bemessungssatz) ist für die unterschiedlichen Gruppen der Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen differenziert festgelegt. Die unterschiedlichen Bemessungssätze berücksichtigen den unter Alimentsgesichtspunkten im Sinne einer typisierenden Festlegung unterschiedlichen Bedarf der einzelnen Gruppen nach Beihilfeleistungen. Dies gilt insbesondere für Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfänger, berücksichtigungsfähige Ehegatten und Kinder, die üblicherweise über ein verringertes oder kein eigenes Einkommen verfügen.

Der nach dem bisherigen Beihilferecht möglichen Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes um maximal 20 Prozent auf höchstens 90 Prozent für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind, bedarf es aus Fürsorgegründen nicht mehr. Mit dem GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. 2007 Teil I Nr. 11, S. 378) wird die private Krankenversicherung verpflichtet, zum 1. Januar 2009 einen Basistarif einzuführen. Der Basistarif bietet vergleichbare Leistungen wie die gesetzliche Krankenversicherung

an. In diesem Tarif dürfen die Beiträge den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Für den Zugang zu diesem Tarif besteht für die Versicherungsunternehmen Kontrahierungszwang und ein Verbot zur Erhebung von Risikozuschlägen. Von daher können spätestens mit Einrichtung des Basistarifs zum 1. Januar 2009 Fälle, wie sie in den bisherigen Beihilfevorschriften geregelt waren, wonach Beihilfeberechtigte wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keinen privaten Versicherungsschutz erlangen können, nicht mehr auftreten. Dabei ist es hinzunehmen, dass diese Beihilfeberechtigten ein Leistungsniveau, das dem der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht erhalten. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfGE 106, 225-244) kann das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung auch für Beihilfeberechtigte als angemessen anerkannt werden.

#### Absatz 2

Die Vorschrift trägt dem besonderen Alimentationsbedarf von Familien mit mehreren Kindern Rechnung, indem bei zwei und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern der Bemessungssatz auch für Beihilfeberechtigte erhöht wird.

#### Absatz 3

Die Norm legt den anzuwendenden Bemessungssatz fest, wenn sich zwischen Entstehen der Aufwendung und tatsächlicher Abrechnung der zustehende Bemessungssatz geändert hat, z. B. wegen Geburt eines Kindes oder Wegfall des Kindergeldanspruchs.

#### Absatz 4

Entscheidend für den Anspruch auf Erstattung der Aufwendung dem Grunde nach und für die Höhe der Beihilfe ist vielfach die Frage, wem die Aufwendung zuzurechnen ist, z. B. wird eine Familien- und Haushaltshilfe einem berücksichtigungsfähigen pflegebedürftigen Angehörigen zugerechnet, besteht ein Anspruch auf 70 % Beihilfe, bei Zurechnung zu einem berücksichtigungsfähigen Kind auf 80 % Beihilfe. Die Norm regelt die Zurechnung von Aufwendungen.

#### Absatz 5

Berechtigte, die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung bekommen und einen Beihilfeanspruch haben, erhalten, mit Rücksicht auf die bestehenden Beihilfeansprüche, grundsätzlich alle Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nur zur Hälfte. Da diesem Personenkreis als Versorgungsempfänger ein Bemessungssatz von 70 % zusteht, stellt die Vorschrift klar, dass zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherungen höchstens eine Beihilfe mit einem Bemessungssatz von 50 % gewährt

wird. Diese Regelung ist notwendig, weil Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen aus der sozialen Pflegeversicherung nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch alle Leistungen nach SGB XI zur Hälfte erhalten. Erhielte dieser Personenkreis Beihilfeleistungen entsprechend dem zustehenden Beihilfebemessungssatz, würde der Umfang der insgesamt zustehenden Erstattungen die beihilfefähigen Aufwendungen überschreiten. Für Leistungen, die nur nach dieser Verordnung beihilfefähig sind, aber nicht zu dem Leistungskatalog des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gehören, wird Beihilfe in Höhe des persönlichen Bemessungssatzes gewährt.

#### Absatz 6

In zunehmenden Umfang werden neben den gesetzlichen Krankenversicherungen auch von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Trägern der Beihilfe Beteiligungen an den Kosten der Finanzierung von Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsförderung gefordert. Für Beteiligungen der Beihilfe gab es bislang keine Rechtsgrundlage. Andererseits kann die Beihilfe sich auf Dauer solcher Zahlungen, von deren Gegenleistung auch Beihilfeberechtigte und ihre Angehörigen profitieren, nicht entziehen, soweit diese sinnvoll und angemessen sind.

### **Zu § 47 (Abweichender Bemessungssatz)**

#### Absatz 1

Die Vorschrift lässt in den aufgeführten Fällen bei Erfüllung der genannten Voraussetzungen eine Erhöhung des Bemessungssatzes zu. Die oberste Dienstbehörde kann die Entscheidung über die Erhöhung des Bemessungssatzes delegieren. Die Regelung in Nummer 1 trägt der besonderen Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber den Beamtinnen und Beamten Rechnung, die eine Dienstbeschädigung nach dem Beamtenversorgungsgesetz erlitten haben.

Mit der Vorschrift in Nummer 2 Buchstabe a wird den jeweiligen obersten Dienstbehörden eine Möglichkeit eingeräumt in besonders tragisch gelagerten Einzelfällen im Interesse der Beamtinnen und Beamten den Bemessungssatz zu erhöhen. Der Ausschluss von Pflegeleistungen erfolgt vor dem Hintergrund der engen Bindung des Beihilferechts in diesem Bereich an das Recht der sozialen Pflegeversicherung. Diese Bindung lässt keinen Raum für abweichende Regelungen, um ein soziales Ungleichgewicht zu vermeiden.

Die Regelung in Nummer 2 Buchstabe b) berücksichtigt die in der Praxis häufiger vorkommenden Fälle, in denen Versorgungsempfänger mit geringem Einkommen durch die notwendigen Beiträge zur privaten Krankenversicherung übermäßig belastet werden. Aus Gründen der Fürsorgepflicht ist in diesen Fällen eine Erhöhung des Bemessungssatzes erforderlich. Gleichzeitig legt die Vorschrift fest, für welchen Personenkreis diese besondere Fürsorgeleistung gewährt werden kann. Im Hinblick darauf, dass es sich bei dieser Erhöhung des Bemessungssatzes um eine Fürsorgeleistung handelt, ist es angemessen, dass der Beihilfeberechtigte zunächst versucht, selber die entstehenden Aufwendungen für den Versicherungsschutz soweit wie möglich zu reduzieren. Dazu kann ggf. auch gehören, in einen anderen, kostengünstigeren Tarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens zu wechseln. Außerdem ist die Erhöhung zu befristen, um sicherzustellen, dass bei einer Erhöhung des Einkommens, bspw. durch die Bewilligung weiterer Renten, diese Leistung nur an tatsächlich bedürftige Beihilfeberechtigte gewährt wird.

#### Absatz 2

Im Hinblick auf die besondere Situation in manchen auswärtigen Dienstorten ist es für Beamtinnen und Beamten teilweise erforderlich, zur Behandlung an andere Orte zu reisen, um sich dort einer Behandlung zu unterziehen. Da diese Erschwernisse durch den Aufenthalt am Dienstort, der auf Veranlassung des Dienstherrn erfolgt, bedingt sind, ist es angemessen, wenn die dadurch entstehenden zusätzlichen Beförderungskosten vom Dienstherrn getragen werden.

#### Absatz 3

Beamtinnen und Beamte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, behalten ihre Beihilfeansprüche. Allerdings werden auf die Beihilfeleistungen die ggf. von der gesetzlichen Krankenkasse gewährten Leistungen angerechnet. In diesen Fällen tritt die gesetzliche Krankenversicherung quasi an die Stelle einer privaten Krankenversicherung, wobei das Leistungsniveau hinter dem einer privaten Krankenversicherung zurückbleibt. Darüber hinaus tragen die gesetzlich krankenversicherten Beamten den vollständigen Krankenversicherungsbeitrag (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) alleine. Vor diesem Hintergrund ist es aus Fürsorgegründen gerechtfertigt, für die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehenden Aufwendungen einen Bemessungssatz von 100 % zu gewähren. Dies soll aber nicht gelten, wenn ein Arbeitgeberanteil zu den Beiträgen gewährt wird. Hierzu gehört, z. B. bei Versorgungsempfängern mit Rentenansprüchen, auch der Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen durch die gesetzliche Rentenversicherung. Da in diesen Fällen die Beamtin oder der Beamte nicht alleine mit den Bei-

trägen belastet ist, erscheint es sachgerecht, auf die beihilfefähigen Aufwendungen nur den individuellen Bemessungssatz anzuwenden.

Mit der Regelung im letzten Halbsatz wird verhindert, dass Beihilfeberechtigte, die Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, von der Möglichkeit Gebrauch machen, einen Wahltarif zu vereinbaren, um Beiträge zu sparen und die sich daraus ergebenden Selbstbehalte von der Beihilfe zu 100 % ausgeglichen werden.

#### Absatz 4

Die Festlegung der Bemessungssätze erfolgt auch vor dem Hintergrund des typischerweise anzunehmenden Alimentationsbedarfs der Beamtinnen und Beamten bzw. der Versorgungsempfängerinnen oder der Versorgungsempfänger. Zu diesem Bedarf gehören auch die Beiträge zur Privaten Krankenversicherung, welche die Beihilfeleistungen ergänzt. In den Fällen, in denen die Beihilfeberechtigten von anderer Seite einen Zuschuss zu diesen Krankenversicherungsbeiträgen erhalten, sinkt gleichzeitig auch der typischerweise anzunehmende Alimentationsbedarf. Als Folge ist es gerechtfertigt, dies bei der Ausgestaltung der Bemessungssätze zu berücksichtigen. Um besondere Härten durch geringfügige Zuschüsse zu vermeiden, ist geregelt, dass nur dann der Bemessungssatz reduziert wird, wenn der Beitragszuschuss mindestens 41 Euro monatlich beträgt. Diese Regelung findet überwiegend für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger Anwendung, die neben ihren Versorgungsbezügen eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und entsprechend der Rentenhöhe einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen erhalten. Den Folgen dieser Regelung können Beihilfeberechtigte entgehen, indem sie auf den Teil des Beitragszuschusses verzichten, der über 40,99 Euro hinausgeht.

### **Zu § 48 (Begrenzung der Beihilfe)**

#### Absatz 1

Mit der Regelung wird ausgeschlossen, dass die Erstattungen, die Beihilfeberechtigte aus dem Beihilfesystem und einer Krankenversicherung erhalten, höher sind als die tatsächlichen Aufwendungen. Ein solcher Fall kann eintreten, wenn Beihilfeberechtigte in der privaten Krankenversicherung einen Prozenttarif abgeschlossen haben, der eine höhere Erstattung vorsieht, als der von der Beihilfe nicht erstattete Anteil, z. B. private Krankenversicherung mit einem Erstattungssatz von 40 % bei einem Beihilfe-Bemessungssatz von 70 %. In diesen Fällen wird die Beihilfe entsprechend reduziert. Nach der Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichts verstößt es



nicht gegen den Grundsatz der Fürsorgepflicht, dass die Beihilfe einschließlich der Erstattungen der Krankenkassen nicht mehr als 100 Prozent der Krankheitskosten betragen darf. Durch die Krankheit soll kein Gewinn erzielt werden können (BVerfG 83,89). Die Leistungen, die zur Ermittlung der 100 %-Grenze nicht berücksichtigt werden, dienen dazu, bestimmte Eigenbehalte abzusichern. Daher wäre es unbillig, diese zu berücksichtigen, da bei dem 100 %-Vergleich auch von den beihilfefähigen Aufwendungen ausgegangen wird. Bei einer Berücksichtigung würde den Beihilfeberechtigten die Möglichkeit genommen, diese Belastungen auf eigene Kosten durch eine Versicherung auszugleichen.

#### Absatz 2

Grundsätzlich sind die Leistungen, die zu beihilfefähigen Aufwendungen von dritter Seite erbracht werden, nachzuweisen. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung reicht in den Fällen, in denen die bzw. der Beihilfeberechtigte bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen einen „Prozenttraif“ abgeschlossen hat, ein einmaliger Nachweis und die Mitteilung eventueller Veränderungen aus.

#### Absatz 3

Im Hinblick auf eine künftige Weiterentwicklung des Beihilferechts wird den Festsetzungsstellen die Möglichkeit eingeräumt, durch den Abschluss von Verträgen mit Leistungsanbietern Kostenvorteile zu realisieren. Bei Abschluss der Verträge sind die besonderen Bedingungen des Vergabe- und Wettbewerbsrechts zu beachten.

### **Zu § 49 (Eigenbehalte)**

Zur Kostenbegrenzung und zur Erzielung von Steuerungseffekten sieht das Beihilferecht, ebenso wie die gesetzliche Krankenversicherung, den Abzug von Eigenbehalten vor. Der Umfang und die Höhe der nach den Beihilfevorschriften anzurechnenden Eigenbehalte entsprechen den in der gesetzlichen Krankenversicherung von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen. Dabei erfolgt entweder ein Abzug von den beihilfefähigen Aufwendungen oder ein Abzug von der Beihilfe insgesamt. Mit dieser Vorschrift wurden die Maßnahmen des zum 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV – Modernisierungsgesetzes - GMG) wirkungsgleich in den Beihilfebereich übertragen.

#### Absatz 1

Die Eigenbehalte nach Absatz 1 werden jeweils von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen. Sie umfassen die Bereiche Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel, Fahrtkosten, Haushaltshilfe, Aufenthalt in stationären Einrichtungen zur Krankenbe-

handlung (Krankenhäuser), zur Rehabilitation sowie Sanatoriumsbehandlungen (Kuren) und die häusliche Krankenpflege.

#### Absatz 2

Von der Beihilfe abgezogen wird der Eigenbehalt für die Inanspruchnahme ärztlicher bzw. psychotherapeutischer und zahnärztlicher Behandlung sowie, im Interesse der Gleichbehandlung, für die Inanspruchnahme von Heilpraktikerleistungen. Dabei sind bei einer Inanspruchnahme innerhalb eines Quartals die Eigenbehalte für ärztliche / psychotherapeutische, zahnärztliche und Heilpraktiker-Behandlung nebeneinander anzurechnen. Werden in diesen drei Bereichen Leistungen in Anspruch genommen, sind insgesamt 30 Euro Eigenbehalt anzurechnen. Der Abzug erfolgt insgesamt von der Beihilfe, ungeachtet der Höhe der jeweiligen Rechnung, d. h. auch wenn die einzelne Rechnung geringer ist als der abzuziehende Eigenbehalt.

Diese Form der Anrechnung wurde gewählt, um eine wirkungsgleiche Belastung der Beihilfeberechtigten bei der Praxisgebühr im Vergleich zu den gesetzlich Krankenversicherten zu erreichen. Die Differenzierung war erforderlich, weil in der die Beihilfe ergänzenden privaten Krankenversicherung aufgrund der abgeschlossenen Verträge in den meisten Fällen keine Möglichkeit besteht, nachträglich den Leistungsrahmen zu verändern und daher die Beihilfeempfängerinnen und Beihilfeempfänger andernfalls nur in geringerem Umfang Eigenbehalte zu leisten hätten als gesetzlich Krankenversicherte.

#### Absatz 3

Aus sozialen Gründen sind auch in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmte Gruppen von der Verpflichtung Eigenbehalte zu leisten ausgenommen worden. Diese Ausnahmen werden mit diesen Vorschriften in das Beihilferecht übertragen. Soweit im Rahmen dieser Verordnung Höchstbeträge und Eigenbeteiligungen der beihilfefähigen Aufwendungen festgelegt sind, werden keine Eigenbehalte erhoben, weil diese in die Höchstbeträge eingerechnet sind.

#### Absatz 4

Die Regelung ermöglicht es dem Bundesministerium des Innern vergleichbare Bonus- und Vorsorgeprogramme wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 65a SGB V) auch für den Beihilfebereich einzuführen. Hierzu bedarf es aber zunächst der genauen Beobachtung und Auswertung der in der gesetzlichen Krankenversicherung mit diesem Instrument gewonnenen Erfahrungen.

## **§ 50 (Belastungsgrenzen)**

### Absatz 1

Die Vorschrift bestimmt, entsprechend den Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 62 SGB V), die Höchstgrenzen für den Abzug von Eigenbehalten. Wird diese Grenze überschritten, werden für das laufende Kalenderjahr – auf Antrag der oder des Beihilfeberechtigten – keine Eigenbehalte mehr abgezogen. Ein Antrag kann auch im Folgejahr gestellt werden. Der Antrag der oder des Beihilfeberechtigten ist jeweils erforderlich, weil das anzurechnende Einkommen den Aufwendungen gegenüber gestellt werden muss. Soweit Eigenbehalte durch Abzug von den beihilfefähigen Aufwendungen erhoben werden, erfolgt die Berücksichtigung bei der Belastungsgrenze nur in Höhe der individuellen Bemessungssätze, weil nur in diesem Umfang Beihilfeberechtigte auch monetär belastet worden sind. Sowohl die Belastungsgrenzen 2 % des Einkommens bzw. 1 % bei chronisch Kranken als auch die Voraussetzungen (für chronisch Kranke) entsprechen den Regelungen, die für die gesetzliche Krankenversicherung auf der Grundlage des § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten.

### Absatz 2

Nicht berücksichtigt werden Zuzahlungen und Einkommen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Dadurch wird erreicht, dass in der Beihilfe bei der Ermittlung der Einkommensgrenzen nur das Einkommen der Personen berücksichtigt wird, deren Eigenbehalte auch einbezogen werden können. Die berücksichtigungsfähigen Einkommen vermindern sich um die in der Vorschrift genannten Pauschbeträge.

### Absatz 3

Die Vorschrift regelt hinsichtlich der Belastungsgrenze, für Beihilfeberechtigte die Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erhalten, die Ermittlung des zu berücksichtigenden Einkommens.

## **§ 51 (Antragsverfahren)**

### Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Form der Beantragung von Beihilfe. Sie erlaubt auch die elektronische Übermittlung von Beihilfeanträgen und der dazugehörigen Belege, allerdings nur wenn die Festsetzungsstelle dies zulässt. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die technische Ausstattung der Festsetzungsstellen unterschiedlich ausgebaut ist. Wenn eine elektronische Übermittlung zugelassen ist, kann die Beihilfestelle u. U. eine schriftliche Bestätigung erbitten.

#### Absatz 2

Für die Prüfung der Beihilfestelle zur Einhaltung der Begrenzung nach § 48 Abs. 1 (Leistungen von Beihilfe und sonstigen Kostenträgern, z. B. Versicherungen darf nicht höher sein als die Aufwendung selbst) sowie der Höhe des Beihilfebemessungssatzes nach § 47 Abs. 3 ist der Nachweis zwingend erforderlich, in welchem Umfang der nicht von der Beihilfe abgedeckte Teil der beihilfefähigen Aufwendungen abgesichert ist.

#### Absatz 3

Die Norm legt die Anforderungen fest, die Belege erfüllen müssen, damit eine Bearbeitung des Antrags in der Festsetzungsstelle möglich ist. Zur Beschleunigung des Abrechnungsverfahrens kann die Festsetzungsstelle auf die Vorlage von Originalbelegen verzichten, um so den Beihilfeberechtigten in die Lage zu versetzen, gleichzeitig die Aufwendungen bei der privaten Krankenversicherung zu Erstattung einzureichen.

#### Absatz 4

Die Regelung dient der Verwaltungsvereinfachung und gibt den Festsetzungsstellen bei Zweifeln ein Nachprüfungsrecht hinsichtlich der Authentizität der eingereichten Belege.

#### Absatz 5

Zur Verhinderung besonderer Härten, insbesondere wenn Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähigen Angehörige getrennt leben, kann die Festsetzungsstelle auch zulassen, dass andere Personen als Beihilfeberechtigte selbst Beihilfe beantragen. Zur Wahrung der Interessen von Beihilfeberechtigten sind diese vor einer entsprechenden Entscheidung anzuhören.

#### Absatz 6

Die Vorschrift gewährleistet, dass der Beihilfebereich nicht von zukunftsweisenden Entwicklungen bei der Modernisierung des Gesundheitswesens, insbesondere der Einführung der Telematik abgekoppelt wird. Es wird erwartet, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte Kostenersparnisse und Effizienzsteigerungen, bei der Bearbeitung, sowie Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Behandlung ermöglicht. Die privaten Krankenversicherungen sind aus diesem Grunde finanziell und planerisch an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beteiligt und beabsichtigen diese für ihre Versicherten einzuführen. Durch die Bezugnahme auf die Vorschrift des § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird

klargestellt, dass auch für die Beihilfeberechtigten sämtliche Regelungen zur Verwendung der Karte, Regelungen zum Einverständnis der Versicherten, insbesondere für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte sowie die datenschutzrechtlichen Bestimmungen Anwendung finden. Im Interesse der Wirtschaftlichkeit der Beihilfebearbeitung wird keine Notwendigkeit gesehen, dass die Beihilfe neben der privaten Krankenversicherung eigene Gesundheitskarten ausgibt. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sind nicht verpflichtet, elektronische Gesundheitskarten auszugeben. Von daher besteht die Verpflichtung zum Einsatz der Gesundheitskarte zunächst nur, soweit Beihilfeberechtigte über eine elektronische Gesundheitskarte verfügen.

#### Absatz 7

Ebenfalls im Interesse der Wirtschaftlichkeit der Beihilfebearbeitung können Beihilfeanträge erst eingereicht werden, wenn die Aufwendungen bestimmte Grenzen überschreiten. Die Festsetzungsstellen können, um Härten zu vermeiden, allerdings Ausnahmen zulassen, insbesondere um damit zu einer flexiblen Rechtsanwendung zu kommen. Um Beihilfeberechtigte vor nicht tragbaren finanziellen Belastungen im Zusammenhang mit Krankheits- oder Pflegefällen zu schützen, können Abschlagszahlungen gewährt werden.

### **§ 52 (Geheimhaltungspflicht)**

#### Absatz 1

Die Vorschrift dient dem Schutz der Beihilfeberechtigten und gilt sowohl für die Übermittlung an Stellen außerhalb der Behörde als auch innerhalb. Die Übermittlung von bei der Beihilfebearbeitung bekannt gewordenen Informationen an die Personalstellen ist damit ausgeschlossen. Ausnahmen von dem Verbot der Datenübermittlung bedürfen entweder einer gesetzlichen Ermächtigung oder des ausdrücklichen schriftlichen Einverständnisses der Beihilfeberechtigten oder ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

#### Absatz 2

Die Regelung ermöglicht den Beihilfebehörden, in der Person der Beamtin oder des Beamten und der Familienangehörigen liegende, für die genannten Leistungsbereiche anspruchsbegründende und anspruchshemmende Umstände an die Bezügestellen als Familienkasse zu übermitteln. Eine Übermittlung ist mit Datenschutzgrundsätzen vereinbar, weil diese Daten nicht dem besonderen Schutz der Beihilfedaten im engeren Sinn unterliegen und sie die Beamtinnen und Beamten von mehrfachen Mitteilungen entlastet. Betroffen sind hiervon der Beihilfebehörde bekannt werdende

Daten über den Familienstand und Kinder, über die Krankenkassenzugehörigkeit und über den Tod einer beihilfeberechtigten Empfängerin oder eines beihilfeberechtigten Empfängers. Diese Daten werden auch von den Bezügestellen für die Festsetzung des Kindergeldes und der Familien-/Orts- und Sozialzuschläge, die Durchführung der Krankenversicherung der Rentnerinnen und Rentner bei Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern und für die möglichst frühzeitige Zahlungseinstellung bei verstorbenen Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern benötigt. Sensible Daten, die Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zulassen, wie z.B. über Krankheiten, Diagnosen, Behandlungen und Medikamente, sind für diese Zwecke nicht erforderlich und dürfen daher weiterhin nur unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 übermittelt werden.

### **§ 53 (Festsetzungsstellen)**

Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Zuständigkeit für die Festsetzung der Beihilfen. Es ist festgelegt, welche Behörde für welche Beihilfeberechtigten die Beihilfe festsetzt.

Absatz 2

Die obersten Dienstbehörden können für den eigenen Geschäftsbereich abweichende Regelungen treffen.

### **§ 54 (Ausschlussfrist)**

Absatz 1

Die Regelung beinhaltet, dass nach Fristablauf der Anspruch auf Gewährung einer Beihilfe nicht mehr besteht. Es handelt sich rechtlich um eine Ausschlussfrist.

Absatz 2

Die Vorschrift trägt den besonderen Gegebenheiten bei der Beantragung von Beihilfen für Beamtinnen und Beamte mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland sowie ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen Rechnung.

### **§ 55 (Übergangs- und Schlussvorschriften)**

Absatz 1

Die Norm schließt eine rückwirkende Verschlechterung für die Beihilfeberechtigten aus. Erst wenn die Einkommensgrenze von 18.000 erstmalig überschritten wird,

greift die Reduzierung der Einkommensgrenze für Ehegattinnen oder Ehegatten von Beihilfeberechtigten ein.

#### Absatz 2

Die Regelung verhindert zusätzliche erhebliche finanzielle Belastungen der Beamtenfamilien, die durch die Bindung der Beihilfeberechtigung an das Kindergeld dadurch entstehen können. Berücksichtigungsfähige Kinder müssen sich zu Beginn des Studiums für eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen studentischen Krankenversicherung oder in der privaten studentischen Krankenversicherung mit Beihilfe entscheiden. Diese Entscheidung ist für die Zeit des Studiums unumkehrbar. Kinder, die bis zum Wintersemester 2006/2007 das Studium aufgenommen haben, haben diese Entscheidung auf der Grundlage des bisher geltenden Rechts, dass eine Höchstbezugsdauer für das Kindergeld und damit auch der Beihilfeberechtigung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich der Zeit eines Wehr- oder Ersatzdienstes vorgesehen hat, getroffen. Ein vorzeitiges Ausscheiden dieses Personenkreises aus der Beihilfe wäre für die Kinder und ihre Eltern mit erheblichen zusätzlichen finanziellen Belastungen verbunden. Angesichts dieser Umstände und insbesondere der fehlenden nachträglichen Beitrittsmöglichkeit zur gesetzlichen studentischen Krankenversicherung ist es erforderlich, für diesen Personenkreis eine Übergangsregelung vorzusehen. Für gesetzlich krankenversicherte Studentinnen und Studenten ergeben sich solche Probleme nicht. Für den Bemessungssatz nach § 46 Abs. 2 BBhV sind diese Kinder nicht zu berücksichtigen.

#### Absatz 3

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die Beihilfevorschriften nicht für Beamtinnen und Beamte des Bundeseisenbahnvermögens gelten, weil diese mit der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) über ein eigenständiges Krankensicherungs-system verfügen.

#### Absatz 4

Die Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost wird ermächtigt, für die A - Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse eigenständige Regelungen zu erlassen. (A-Mitglieder sind Beamtinnen und Beamte der Postunternehmen, die höchstens der Besoldungsgruppe A 6 angehören dürfen. Diese erhalten Sachleistungen, vergleichbar denen der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei zahnärztlichen Behandlungen erhalten Sie Kostenerstattung wie Beihilfeberechtigte). Diese Vorschriften bedürfen des Einvernehmens mit den Bundesministerien der Finanzen und des Innern. Von dieser Ermächtigung hat die Bundesanstalt Gebrauch gemacht.

## **§ 56 (In-Kraft-Treten)**

Die Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt in Kraft.

### **C. Stellungnahme der Gewerkschaften im Rahmen des Beteiligungsverfahrens**

Den Spitzenorganisationen der Gewerkschaften ist im Rahmen des Beteiligungsverfahrens nach § 94 des Bundesbeamtengesetzes Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden.

### **D. Kosten**

#### 1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand:

Mehrkosten entstehen nicht. Der Veränderung der Regelungen zur Beihilfefähigkeit einzelner Leistungen (Haushaltshilfe, Implantate), stehen Einsparungen bei anderen Regelungen (Einkommengrenze Ehegatten, Ausschluss ambulanter Kuren) gegenüber.

Einsparungen, die derzeit nicht beziffert werden können, entstehen durch die Reduzierung des Verwaltungsaufwandes aufgrund in der Abrechnungspraxis einfacher anwendbarer Beihilferegelungen.

#### 2. Vollzugsaufwand:

Über den bisherigen Aufwand hinaus entsteht kein nennenswerter zusätzlicher Vollzugsaufwand, dieser wird in Teilbereichen sogar reduziert.

### **E. Preiswirkungen**

Der Wirtschaft, insbesondere der mittelständischen Wirtschaft, entstehen keine zusätzlichen Kosten. Auswirkungen auf Einzelpreise, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.



### **F. Gleichstellungspolitische Relevanzprüfung**

Die beihilferechtlichen Regelungen sind grundsätzlich geschlechtsneutral ausgestaltet und haben damit keine gleichstellungspolitischen Auswirkungen.