

Sechszwanzigste allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfevorschriften

Vom 1. November 2001

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

Artikel 1 **Neufassung der Beihilfevorschriften**

Die Beihilfevorschriften vom 10. Juli 1995 (GMBI S. 470), zuletzt geändert durch Artikel 1 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift vom 20. Februar 2001 (GMBI S.186), erhalten folgende Fassung:

Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfevorschriften-BhV)

§ 1

Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

(1) ¹Diese Vorschrift regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen. ²Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

(2) Diese Vorschrift gilt für Bundesbeamte und Richter im Bundesdienst sowie Versorgungsempfänger des Bundes.

(3) ¹Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. ²Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; er ist nicht vererblich; jedoch ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger bezüglich des für seine Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrages einer Beihilfe zulässig.

(4) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder als Pauschale gewährt.

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamte und Richter,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
3. Witwen und Witwer sowie die in § 23 Beamtenversorgungsgesetz genannten Kinder der in Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen.

(2) ¹Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 bezeichneten Personen besteht, wenn und solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten. ²Sie besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden.

(3) Als beihilfeberechtigt gelten unter den Voraussetzungen des § 16 Abs. 2 auch andere natürliche sowie juristische Personen.

(4) Beihilfeberechtigt sind nicht

1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
2. Beamte und Richter, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes) beschäftigt sind,

3. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) ¹Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte des Beihilfeberechtigten,
2. die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.

²Hinsichtlich der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt die Mutter des Kindes als berücksichtigungsfähige Angehörige.

(2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten,
2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen,
3. die Kinder ^{*}) eines Beihilfeberechtigten hinsichtlich der Geburt eines Kindes.

§ 4

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

(1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,
2. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsbezüge

aus.

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

(2) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger vor.

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

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

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

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

§ 5

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) ¹Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. ²Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. ³Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichba-

ren Leistungen. ⁴Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes(-zahnarztes) einholen.

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

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

⁵Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

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

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

(4) ¹Nicht beihilfefähig sind

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

a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch,

b) Aufwendungen - mit Ausnahme der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus -, die darauf beruhen, dass der Versicherte die beim Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat.

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

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

3. die in den §§ 6 bis 10 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) des Ehegatten im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000,00 Euro übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). ²Die oberste Dienstbehörde kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern die Gewährung von Beihilfen zulassen,

4. Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind,

5. Aufwendungen für Beamte, denen auf Grund von § 70 Bundesbesoldungsgesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften Heilfürsorge zusteht,
6. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. ²Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig,
7. Aufwendungen, die bereits auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4 Abs. 2 und 3 Satz 2) beihilfefähig sind,
8. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verlangt wird,
9. Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

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

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

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

1. ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen und Leistungen eines Heilpraktikers. ²Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2. ³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden,
2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verband-

mittel und dergleichen, abzüglich eines Betrages für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel von

- a) 4,00 Euro bei einem Apothekenabgabepreis bis 16,00 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
- b) 4,50 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von 16,01 Euro bis 26,00 Euro,
- c) 5,00 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 26,00 Euro.

²Sind für Arznei- und Verbandmittel Festbeträge festgesetzt, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig; Beträge nach Satz 1 sind vom Festbetrag abzuziehen. ³Beträge nach Satz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder, solange sie berücksichtigungsfähig im Sinne des § 3 sind,
- b) Empfänger von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des auf einen vollen Euro-Betrag abgerundeten 1,1fachen Satzes des Mindestruhegehaltes (§ 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 Beamtenversorgungsgesetz),
- c) Personen, die Leistungen nach § 9 Abs. 7 Satz 3 erhalten,
- d) Schwangere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung.

⁴Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen.

⁵Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
- b) Mund- und Rachentherapeutika,
- c) Abführmittel,
- d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit,

3. eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. ²Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. ³Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur oder Masseur und medizinischen Bademeister durchgeführt werden. ⁴Das Bundesministerium des Innern kann Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen festlegen,
4. Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. ²Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3. ³Dabei kann das Bundesministerium des Innern für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,
5. Erste Hilfe,
6. die vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch;

die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegeverordnung (BPfIV), und zwar

a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV)

aa) Fallpauschalen und Sonderentgelte (§ 11 BPfIV),

bb) tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungspflegesatz, Basispflegesatz, teilstationärer Pflegesatz - § 13 BPfIV -, Pflegesatz nach § 14 Abs. 5 Satz 5 BPfIV),

cc) Entgelte für Sondervereinbarungen - Modellvorhaben - (§ 26 BPfIV),

b) Wahlleistungen

aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPfIV),

bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 BPfIV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich

sowie andere im Zusammenhang damit berechnete Leistungen im Rahmen der Nummern 1 und 2.

²Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig, die den in Satz 1 genannten entsprechen,

7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muss überwiegen. ²Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. ³Bei einer Pflege durch Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

a) Fahrkosten,

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

⁴Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag),

8. eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 6,00 Euro stündlich, höchstens 36,00 Euro täglich, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung (Nummer 6, § 9 Abs. 7) den Haushalt nicht weiterführen kann. ²Voraussetzung ist, dass diese Person - ausgenommen Alleinerziehende - nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das fünfzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. ³Dies gilt in besonderen Fällen auch für die ersten sieben Tage nach Ende der stationären Unterbringung sowie bei Alleinstehenden, wenn eine

Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. ⁴Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend. ⁵Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter fünfzehn Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. ⁶Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Satz 3 genannten Personen sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 9) nicht beihilfefähig,

9. die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher, zahnärztlicher, psychotherapeutischer Leistungen und Krankenhausleistungen sowie bei Heilbehandlungen (Nummer 3) und für eine erforderliche Begleitung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die Gepäckbeförderung. ²Höhere Beförderungskosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. ³Von den nach Satz 1 und 2 beihilfefähigen Aufwendungen ist ein Betrag von 13,00 Euro je einfache Fahrt abzuziehen.

⁴Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
 - b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in deren Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes,
 - c) die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
 - d) die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich. ²Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich beihilfefähig. ³Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,

- b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 5,50 Euro täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 9 Abs. 7 oder 9,
11. Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen.
²Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen,
12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.

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

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

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

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

(5) ¹Beträge nach Absatz 1 Nr. 2 Satz 1 und Nr. 9 Satz 3 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. ²Diese beträgt zwei vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 4; sofern Personen wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Beträge nach Satz 1 in Höhe von mindestens 1 vom Hun-

dert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 4 abgezogen wurden, entfallen die in Satz 1 genannten Abzugsbeträge nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung mit der Maßgabe, dass die Abzugsbeträge für die Person entfallen, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung ist. ³Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. ⁴Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfefähig ist. ⁵Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfefähigen um 15 vom Hundert. ⁶Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des Kalenderjahres vor Stellung des Antrages nach Satz 1.

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

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

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens 3 Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums. ²Für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist eine Bestätigung des Sanatoriums, dass für eine erfolgversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist,
3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
4. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
5. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
6. für den ärztlichen Schlussbericht.

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

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. ²Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

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

²Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden

1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung,
2. in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist; in diesen Fällen ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen,
3. bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

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

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

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

(2) Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens dreiundzwanzig Kalendertage einschließlich der Reisetage bis zum Betrag von 16,00 Euro täglich, für Begleitperso-

nen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, bis zum Betrag von 13,00 Euro täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 Euro täglich beziehungsweise 10,00 Euro täglich für die Begleitperson hinausgehen,

3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
4. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
5. für den ärztlichen Schlussbericht.

(3) ¹Die Aufwendungen nach Absatz 2 Nr. 2 bis 5 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes, ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. ²Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(4) ¹Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur ist nicht zulässig,

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. ²Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während eines Erziehungsurlaubs und der Beurlaubung nach § 72a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 7 des Bundesbeamtenengesetz oder § 48a Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 Deutsches Richtergesetz sowie während einer Zeit, in der der Beihilfeberechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,
2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. ²Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei

schwerem chronischen Leiden, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,

3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
4. wenn bekannt ist, dass das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
5. solange der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

(5) Bei Anwendung des Absatzes 4 Nr. 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei

1. Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage,
2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden

der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.

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

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) ¹Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 6 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig. ²Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. ³Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. ⁴Bei Personen nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch wird entsprechend Absatz 6 Satz 1 verfahren.

(2) ¹Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.²Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

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

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

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

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

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

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

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

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

(7) ¹Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. ²Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 Satz 1 entsprechend. ³Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens übersteigen. ⁴Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. ⁵Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehaltes der Besoldungsgruppe A 9 Bundesbesoldungsgesetz
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 vom Hundert des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 vom Hundert des Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 vom Hundert des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 vom Hundert des Einkommens,

3. bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

⁶Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

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

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

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

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

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
2. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),

3. bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. ²Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.

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

(3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, ausgenommen jedoch solche aus Anlass privater Reisen in Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

(1) Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

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

(2) ¹Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 128,00 Euro gewährt. ²Dies gilt auch, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche

Einwilligung der Eltern erteilt ist. ³Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Pauschalbeihilfe nur einmal gezahlt.

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) ¹In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zur Höhe von 665,00 Euro, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 435,00 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind.

²Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder auf Grund von Rechtsvorschriften, aus einem Beschäftigungsverhältnis oder aus einer im Sterbemonat nicht ausschließlich durch eigene Beiträge finanzierten Krankenversicherung oder Schadenersatzansprüche von insgesamt mindestens 1.000,00 Euro zu, so beträgt die Beihilfe 333,00 Euro beim Tod eines Kindes 218,00 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2.000,00 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt. ³Soweit wegen Gewährung von Sterbe- oder Bestattungsgeldern Schadenersatzansprüche kraft Gesetzes übergehen, werden diese Schadenersatzansprüche nicht neben den Sterbe- oder Bestattungsgeldern im Sinne des Satzes 2 bei der Bemessung der Pauschalbeihilfe berücksichtigt. ⁴Bestattungsgeld nach §§ 36 oder 53 Bundesversorgungsgesetz bleibt unberücksichtigt.

(2) Ferner sind beihilfefähig die Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes.

(3) Verbleibt mindestens ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger oder selbst beihilfeberechtigter Familienangehöriger oder ein berücksichtigungsfähiges Kind unter fünfzehn Jahren im Haushalt und kann dieser beim Tod des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in entsprechender Anwendung des § 6 Abs. 1 Nr. 8 bis zu sechs Monaten, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr beihilfefähig.

§ 13

Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach § 6 und §§ 9 bis 12 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

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

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

(3) ¹Aus Anlass einer Heilkur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn

1. durch das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten nachgewiesen wird, dass die Heilkur wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, und
2. der Kurort im Heilkurortverzeichnis aufgeführt ist und
3. die sonstigen Voraussetzungen des § 8 vorliegen.

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

(4) Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne sind beihilfefähig bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes, höchstens für eine Entfernung von siebenhundert Kilometern.

§ 14 **Bemessung der Beihilfen**

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

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

³Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 70 vom Hundert; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 vom Hundert, die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

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

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,

4. nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter,
5. nach § 12 Abs. 3 als Aufwendungen der ältesten verbleibenden Person.

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

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

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

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

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

²Die oberste Dienstbehörde kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen.

§ 15

Begrenzung der Beihilfen

(1) ¹Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. ²Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen - soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 Elftes Buch Sozialgesetzbuch dienen - unberücksichtigt. ³Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. ⁴Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 11 Abs. 2 sowie § 12 Abs. 1 unberücksichtigt.

(2) ¹Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. ²Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. ³In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. ⁴Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach §§ 8, 9 werden getrennt abgerechnet.

§ 16

Beihilfen beim Tod des Beihilfeberechtigten

(1) ¹Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod und aus Anlass des Todes entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. ²Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod; für die Aufwendungen aus Anlass des Todes gilt § 12. ³Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für Aufwendungen aus Anlass des Todes, für die abweichend von § 12 Abs. 1 ebenfalls Ausgabebelege vorzulegen sind.

(2) ¹Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Absatz 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. ²Sind diese Personen Erben des Beihilfeberechtigten, erhalten sie eine Beihilfe auch zu Aufwendungen des Erblassers, die von diesem bezahlt worden sind. ³Die Beihilfe darf zu-

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

§ 17 Verfahren

(1) ¹Beihilfen müssen vom Beihilfeberechtigten schriftlich beantragt werden. ²Es sind die vom Bundesministerium des Innern herausgegebenen Formblätter zu verwenden; zulässig sind auch amtliche EDV-Ausdrucke.

(2) ¹Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200,00 Euro betragen. ²Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15,00 Euro übersteigen.

(3) ¹Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. ²Würden mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfen zustehen, wird eine Beihilfe nur dem gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für die Gewährung von Beihilfen zu Aufwendungen für Halbwaisen.

(4) ¹Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege der Festsetzungsstelle vorzulegen. ²Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheimzuhalten. ³Sie dürfen nur für den Zweck verwandt werden, für den sie bekanntgegeben sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Berechtigung oder Verpflichtung zur Offenbarung oder der Beihilfeberechtigte oder der Angehörige ist damit schriftlich einverstanden.

(5) ¹Als 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 Versorgungsempfänger.

²Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln.

(6) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich zu machen.

(7) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

(8) Ist in den Fällen des § 7 Abs. 2 Nr. 2 und § 13 Abs. 2 Nr. 2 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen sind.

(9) ¹Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. ²Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 9 Abs. 4 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, nach § 11 Abs. 2 der Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt, nach § 12 Abs. 1 der Tag des Ablebens und bei Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. ³Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

§ 18

Übergangs- und Schlussvorschriften

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

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

^{*)} durch Zeitablauf gegenstandslos

^{*)} durch Zeitablauf gegenstandslos

(3) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne ohne die Beschränkung des § 12 Abs. 2 beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 vom Hundert.

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

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

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

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

Anlage 1

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1 Allgemeines

1.1 ¹Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter

Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig.

²Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

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

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

2 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

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

²Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. ³Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

- 2.2 Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:
- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
 - vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
 - Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
 - seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
 - seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z.B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
 - seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumata),
 - seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.
- 2.3 ¹Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:
- 2.3.1 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst

im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

- 2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1, weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahm-

mefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

- 2.3.5 bei einer tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. ²Abweichungen bedürfen der Begründung. ³Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.
- 2.4.1 ¹Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" oder "Psychoanalyse" sein. ²Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. ³Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychoanalyse" oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.
- 2.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG - kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).
- 2.4.2.2 ¹Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder

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

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

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

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

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

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

psychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.4 ¹Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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

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

3 Verhaltenstherapie

3.1 ¹Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

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

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

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

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

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

3.3 ¹Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung

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

nicht überschreiten.

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

- 3.4.1 ¹Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. ²Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
- 3.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychTG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
- 3.4.2.2 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- 3.4.3 ¹Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

²Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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

4 Psychosomatische Grundversorgung

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

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

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

- 4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Ge-

burtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kinderheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für Urologie durchgeführt wird.

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

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

5 Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

¹Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

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

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

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

Anlage 2
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

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

1. Zahntechnische Leistungen

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

2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

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

3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

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

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

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

4. Implantologische Leistungen

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

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

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

5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

¹Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände beihilfefähig. ²Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselementen, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen, beihilfefähig.

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

6. Wartezeit für Beamte auf Widerruf

¹Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nummern 214 bis 217, 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenord-

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

7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

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

Anlage 3
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV)

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

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

Abduktionslagerungskeil

Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung)

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

Alarmgerät für Epileptiker

Anatomische Brillenfassung

Anti-Varus-Schuh

Anus-*praeter*-Versorgungsartikel

Anzieh-/Ausziehhilfen

Aquamat
Armmanschette
Armtragegurt/-tuch
Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)
Aufrichteschlaufe
Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)
Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/ -pipette/ -stäbchen
Augenschielklappe, auch als Folie

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

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

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

Duschsitz/-stuhl

Einlagen (orthopädische)

Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten

Ekzem-Manschette

Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten

Ergometer nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle, jedoch nicht Fahrradergometer

Ernährungssonde

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)

Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

Fingerling

Fingerschiene

Fixationshilfen

(Mini)Fonator

Gehgipsgalosse

Gehhilfen und -übungsgeräte

Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)

Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien

Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)

Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)

Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)

Gipsbett, Liegeschale

Glasstäbchen

Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz

Gummistrümpfe

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze

Handgelenkriemen

Hebekissen

Heimdialysegerät

Helfende Hand, Scherenzange

Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)

Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör

Hörgeräte (HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte bis zur Höhe der Kosten von HdO-Geräten)

Hüftbandage (z. B. Hohmann-Bandage)

Impulsvibrator

Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör

Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher

Innenschuh, orthopädischer

Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)

Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen

Ipos-Vorfußentlastungsschuh

Kanülen und Zubehör

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter

Klumpfußschiene

Klumphandschiene

Klyso

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage

Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation

Knöchel- und Gelenkstützen

Körperersatzstücke einschl. Zubehör

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose

Koordinator nach Schielbehandlung

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Krabbler für Spastiker

Krampfaderbinde

Krankenfahrstuhl mit Zubehör

Krankenstock

Kreuzstützbandage

Krücke

Latextrichter bei Querschnittlähmung

Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden

Lesegeräte für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen

Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Aufla-
gegestell)

Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

Lifter (Krankenslifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)

Lispelsonde

Mangoldsche Schnürbandage

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

Milchpumpe, in Einzelfällen auch elektrisch betrieben

Mundsperrer

Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. ä., auch Haltemanschet-
ten usw.

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen

Pavlikbandage

Penisklemme

Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel

Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung

Polarimeter

Quengelschiene

Reflektometer

Rektophor

Rollbrett

Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro überstei-
gen

Schede-Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

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

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

Übungsschiene
Urinale
Urostomie-Beutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe
Wechseldruckgerät
Wright-Peak-Flow-Meter

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die

Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.

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. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.
5. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
6. ¹Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 100,00 Euro hinausgehen. ²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
7. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, in Höhe von 80 vom Hundert beihilfefähig.
8. ¹Aufwendungen 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. ²Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. ³Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.
9. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 5 Abs. 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 6 Abs. 4 Nr. 3) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk

Adju-Set/-Sano

Angorawäsche

Aqua-Therapie-Hose

Arbeitsplatte zum Rollstuhl

Augenheizkissen

Autofahrerrückenstütze

Autokindersitz

Autokofferraumlifter

Autolifter

Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte

Bandagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)

Basalthermometer

Basisrampe

Bauchgurt

Behindertenstuhl "eibe"

Berkemannsandalen

Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie

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

Bett-Tisch

Bidet

Bill-Wanne

Blinden-Schreibsystem

Blinden-Uhr

Blutdruckmessgerät

Brückentisch

Corolle-Schuh

Dusche

Einkaufsnetz

Einmal-Handschuhe

Eisbeutel und -kompressen

Elektrische Schreibmaschine

Elektrische Zahnbürste

Elektrofahrzeuge (z. B. LARK, Graf Carello)

Elektro-Luftfilter

Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)

Elektronisches Notizbuch

Eß- und Trinkhilfen

Expander

Farberkennungsgerät

Fieberthermometer

(Funk-)Lichtwecker

Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

Ganter-Aktiv-Schuhe

(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)

Handtrainer

Hängeliege

Hantel (Federhantel)

Hausnotrufsystem

Hautschutzmittel

Heimtrainer

Heizdecke/-kissen

Hilfsgeräte für die Hausarbeit

Holzsandalen

Höhensonne

Hörkissen

Hörkragen Akusta-Coletta

Intraschallgerät "NOVAFON"

Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)

Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)

Ionopront, PermoX-Sauerstofferzeuger

Katapultsitz

Katzenfell

Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 1 erfasst)

Knickfußstrumpf

Knoche Natur-Bruch-Slip

Kolorimeter

Kommunikationssystem

Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung

Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidekubitusbett)
Krankenunterlagen
Kreislaufgerät "Schiele"

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

Magnetfolie
Monophonator
Munddusche

Nackenheizkissen
Nagelspange Link

Öldispersionsapparat
Orthopädische Bade- und Turnschuhe

Prothesenschuh
Pulsfrequenzmesser

Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben
Rotlichtlampe
Rückentrainer

Salbenpinsel
Sauerstoffgeräte
Schlaftherapiegerät
Sicherheitsschuh, orthopädisch
Spezialsitze
Spirometer
Spranzbruchband
Sprossenwand
Sterilisator
Stimmübungssystem für Kehlkopflose
Stockroller
Stockständer
Stützstrümpfe

Stufenbett
SUNTRONIC-System (AS 43)

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

Übungsmatte
Umweltkontrollgerät
Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen

Waage
Wandstandgerät
WC-Sitz

Zahnpflegemittel
Zehenkorrektursandale
Zweirad für Behinderte.

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

- bei Anisometropien ab 2 dpt,
- unabhängig von der Gläserstärke
 - a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
 - b) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
 - c) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

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

- bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),
- bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendenschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
- bei chronisch- rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
- bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
- bei Ziliarneuralgie,
- bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- bei totaler Farbenblindheit,

- bei Albinismus,
- bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- bei Gläsern ab + 10 dpt,
- im Rahmen einer Fotochemotherapie,
- bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

11.4 Kontaktlinsen

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

- Myopie ab 8 dpt,
- progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf in einem Zeitraum von 3 Jahren nachweisbar ist,
- Hyperopie ab 8 dpt,
- irregulärer Astigmatismus,
- Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
- Astigmatismus obliquus ab 2 dpt,
- Keratokonus,
- Aphakie,
- Aniseikonie,
- Anisometropie ab 2 dpt,

- als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,
- als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut
- druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.

11.4.2 Bei Vorliegen der Voraussetzungen der Nummer 11.4.1 sind die Mehraufwendungen für Kurzzeitlinsen (z. B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) bei Vorliegen einer der folgenden zusätzlichen Indikationen beihilfefähig:

- Progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 dpt. jährlich) nachweisbar ist,
- Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,
- Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- Ektropium,
- Entropium,
- Symblepharon,
- Lidschlussinsuffizienz.

11.4.3 Sofern eine der Indikationen der Nummer 11.4.1, nicht jedoch nach Nummer 11.4.2 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 Euro (sphärisch) und 230,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.

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

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

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

11.5 Andere Sehhilfen

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

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

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

11.6 Erneute Beschaffung von Sehhilfen

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

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

11.7 Die Aufwendungen für

- Bildschirmbrillen
- Brillenversicherungen
- Etui

sind nicht beihilfefähig.

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

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

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

- Stundensatz von höchstens 26,00 Euro für die Unterweisung bis zu 60 Stunden einschl. des erforderlichen Unterrichtsmaterials, darüber hinaus in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 20 Stunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 20 Stunden,
- Ersatz der notwendigen Fahrkosten für Fahrten des Trainers in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
- Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist, bis zu einem Betrag von 26,00 Euro täglich.

²Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

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

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

- Kursgebühr entsprechend Buchstabe b,
- Kosten der Unterkunft nach § 6 Abs. 1 Nr. 10 Buchstabe a.

²Soweit nach dem Grundtraining eine ergänzende Unterweisung am Wohnort des Blinden erforderlich ist, können die Aufwendungen im notwendigen Umfang unter entsprechender Anwendung des Buchstaben b anerkannt werden.

- d) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstaben b und c.
- e) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. ²Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

²Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. ³Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist.

Artikel 2
Inkrafttreten

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Bundesministerium des Innern
Im Auftrag
Dr. Beus

Berlin, den 1. November 2001

Formblatt 6 (Hinweise zu § 17 Abs. 1 BhV)

An (Festsetzungsstelle)

Eingangsstempel

Antrag auf Beihilfe

in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen nach den Beihilfevorschriften des Bundes (BhV)

Name, Vorname, Amtsbezeichnung	Geburtsdatum	Behörden- u. Pers.-Nr. der BesSt
Anschrift (nur bei Änderung oder Erstantrag bei dieser Festsetzungsstelle)	Tel./Hausruf	Dienstl. Haus-/Zimmer-Nr.

Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. Spalten deutlich ausfüllen.

(Bei **erstmaliger Antragstellung** bei dieser Festsetzungsstelle sind durchgängig vollständige Angaben notwendig.)

1 Angaben zur Beschäftigung

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Dienststelle/Pensionsregelungsbehörde	seit	Versorgungsempfänger(in) seit
<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt von – bis zum	mit Wochenstunden (Anzahl)	<input type="checkbox"/> befristet beschäftigt von – bis zum
<input type="checkbox"/> Elternzeit von – bis zum	<input type="checkbox"/> Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 72 a Abs. 4 S. 1 Nr. 2 BBG von – bis	<input type="checkbox"/> sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge

2 Im Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

1. Kind – Vorname* geboren am	3. Kind – Vorname* geboren am
2. Kind – Vorname* geboren am	4. Kind – Vorname* geboren am
<input type="checkbox"/> Wegfall eines Kindes aus dem Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag	<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung (z. B. Wehr- oder Zivildienst)

* ggf. abweichender Familienname

3 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Personen	Private Krankenversicherung* ab dem (Datum)	Gesetzliche Krankenversicherung			Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kosten- erstattungsans- pruch ** ab dem (Datum)	Keine Kranken- versicherung ab dem (Datum)
		pflichtversichert (§ 5 SGB V) ab dem (Datum)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V) ab dem (Datum)	familien- versichert (§ 10 SGB V) ab dem (Datum)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder -änderung (nicht: Beitragsänderung) bitte einen Nachweis beifügen.

** Bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

Bei **privater Krankenversicherung** ist als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheines notwendig. Zu den **gesetzlichen Krankenversicherungen** gehören z.B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Ein Anspruch auf **Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung** kann z. B. nach Beamtenrecht oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen. **Hier auch etwaige Änderungen des Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch oder Arbeitslosigkeit eintragen.**

4.1 Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine anderweitige Beihilfeberechtigung?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben ja folgende Änderung: Beihilfeberechtigung aufgrund

<input type="checkbox"/> des Erhalts von Versorgungsbezügen (§ 2 BeamtVG)	Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst	Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften,	Wer
<input type="checkbox"/> eines Abgeordnetenverhältnisses	Wer
als	
gegenüber wem?	ab wann?

4.2 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt (z.B. vom Arbeitgeber oder RV-Träger)?

nein ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung:

Welcher Person	ab dem	Höhe des monatlichen Zuschusses
Bei freiwilliger Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Vollendung des 65. Lebensjahres		

5 Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen Beihilfeberechtigten ebenfalls berücksichtigungsfähig?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung: ab

(Datum).....

Welche Person	bei wem (Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend)
---------------	---

6 Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung:

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum	verheiratet/geschieden/verwitwet seit
Überstiegen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im vorvergangenen Kalenderjahr den Betrag von 18.000,00 Euro? * <input type="checkbox"/> nein		

* Nachweis wird ggf. angefordert.

7 Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem anderen schädigenden Ereignis?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben) ja (Unfallschilderung beifügen),

es handelt sich um:

<input type="checkbox"/> einen Dienstoffall <input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> einen Schulunfall <input type="checkbox"/> einen sonstigen Unfall <input type="checkbox"/> ein anderes
Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.) ? – Bitte auch die Belege mit Hinweis "Unfall" versehen
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? *
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer

* Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z.B. gegen Schulträger, Sportvereine.

8 Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker,

Heil-

behandler usw.) geltend gemacht?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, der Behandelnde ist <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil der	Beleg-Nr.
behandelten Person	

9 Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?

nein ja

Leistungszusage mit Pflegestufe der Pflegeversicherung liegt vor liegt bei

Name der pflegebedürftigen Person	Name der Pflegeperson	Zeitraum (vom– bis zum)
Unterbrechung der Pflege <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zeitraum (vom – bis zum) Grund:		

10 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?

nein ja, folgende:

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.) ?	Betrag	▶ Nachweis – Versicherungsschein über
--	--------	---------------------------------------

11 Angaben zu Beihilfen in Sonderfällen (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)

a) in Geburtsfällen (§ 11 Abs. 2 BhV):

<input type="checkbox"/> Pauschbetrag für Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird	Vorname des Kindes
--	--------------------

b) in Todesfällen (§ 12 BhV):

<input type="checkbox"/> Beihilfe für Aufwendungen aus Anlass	Name des/der Verstorbenen	gestorben am
<input type="checkbox"/> Ich erkläre, dass mir aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen ohne Überführungskosten in Höhe von mindestens 665,00		
Anlässlich des Todesfalles stehen Sterbegelder zu		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Beträge	Zahlende Stellen

12 Auszahlung der Beihilfe

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag	Betrag	am
Die Auszahlung soll erfolgen <input type="checkbox"/> bar *	Konto-Nr.	BLZ
bei (Geldinstitut mit Ortsangabe)	Name des Kontoinhabers (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)	

* soweit der Festsetzungsstelle noch möglich.

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Datum	Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder der/des Bevollmächtigten.	Vollmacht <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/>
		liegt bei

Zusammenstellung der Aufwendungen bitte auf der Rückseite →

Formblatt 9

(Hinweise zu § 17 Abs. 7 BhV)

Abschlagszahlung

An Festsetzungsstelle

Antrag auf

für eine zu erwartende Beihilfe bei

- stationärer Krankenhausbehandlung
- Anschlussrehabilitation
- Sanatoriumsbehandlung

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1 Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		
.....		
.....		

2 Erkrankte Person

Antragsteller <input type="checkbox"/>	Ehegatte (Vorname) <input type="checkbox"/>	Kind (Vorname) <input type="checkbox"/>
---	--	--

3 Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses/ der Rehabilitationseinrichtung/ des Sanatoriums		
.....		
.....		
Voraussichtliche Behandlungsdauer	Allgemeiner Pflegesatz (Euro)	zu leistende Vorauszahlung (Euro)

Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (Euro)	- nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird
-----------------------------------	---

4 Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung. Die Überweisung soll erfolgen: <input type="checkbox"/> an mich <input type="checkbox"/> an das Krankenhaus <input type="checkbox"/> an die Rehabilitationseinrichtung <input type="checkbox"/> an das Sanatorium		
Name und Sitz des Geldinstituts		Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
Bankleitzahl	Konto-Nr.	

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ des Bevollmächtigten
------------	---

Formblatt 10

(Hinweise zu § 17 Abs. 7 BhV)

Abschlagszahlung

An Festsetzungsstelle

Dialysebehandlung

Antrag auf

für eine zu erwartende Beihilfe bei

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen



1 Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		

2 Erkrankte Person

Antragsteller	Ehegatte (Vorname)	Kind (Vorname)
---------------	--------------------	----------------

3 Kosten

Name und Anschrift der Dialyse-Institution	
Behandlungsdauer	Voraussichtliche Kosten (Euro)

4 Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung und Überweisung an die Dialyse-Institution		
Name und Sitz des Geldinstituts		Kontoinhaber
Bankleitzahl 	Konto-Nr. 	

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/ des Bevollmächtigten
------------	---