

---

# **Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfeverordnung - BhVO)**

vom 11. Dezember 1962 in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (Amtsbl. S. 329), zuletzt geändert durch Gesetz Nr. 1736 – Haushaltsbegleitgesetz (HBegIG 2011) vom 08. Dezember 2010 (Amtsbl. I S. 1522).

Auf Grund des § 94 des Saarländischen Beamtengesetzes (SBG) vom 11. Juli 1962 (Amtsbl. S. 505) verordnet der Minister für Inneres und Sport im Einvernehmen mit dem Minister für Finanzen und Bundesangelegenheiten.

## **§ 1**

### **Geltungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur**

(1) Diese ~~Verordnung~~ gilt für Beamte und Beamtinnen, für Versorgungsempfänger und Versorgungsempfängerinnen des Landes, der Gemeinden, der Gemeindeverbände und der sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts. Sie gilt auch für Richter und Richterinnen des Landes.

(2) Die Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, zur Krankheitsvorsorge, zur Früherkennung von Krankheiten sowie anlässlich eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer nicht rechtswidrigen Sterilisation.

(3) Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet und gepfändet werden; er ist nicht vererblich.

(4) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der in Absatz 1 bezeichneten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach Maßgabe der folgenden Vorschriften gewährt.

### **AV zu § 1**

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die dem Beamten und seiner Familie gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird.

---

## § 2 Beihilfeberechtigte Personen

### (1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamte einschließlich der Beamtenanwärter und Richter,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden sind,
3. Witwen und Witwer, überlebende eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, sowie die Kinder (§ 23 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 [Amtsbl. S. 1062] in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes) der unter Nummern 1 und 2 bezeichneten Personen,

solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ausbildungsbeihilfe, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten oder nur deshalb nicht erhalten, weil Versorgungsbezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften (z. B. § 22 Absatz 1, §§ 53 und 54 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 [Amtsbl. S. 1062] in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes) nicht gezahlt werden. Während der Zeit einer Beurlaubung nach § 15a der Urlaubsverordnung für die saarländischen Beamten und Richter hat der Beamte einen Anspruch auf die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen; dies gilt nicht, wenn der Beamte berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten wird oder Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat.

(2) Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfe nur von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 54 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 [Amtsbl. S. 1062] in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes) zuständig ist.

### (3) Beihilfen werden nicht gewährt

1. Beamten und Richtern, die nur vorübergehend oder nebenbei verwendet werden, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Absatz 6 des durch Gesetz vom 1. Oktober 2008 [Amtsbl. S. 1755] in Landesrecht übergeleiteten Bundesbesoldungsgesetzes) beschäftigt sind,
2. Ehrenbeamten und ehrenamtlichen Richtern,
3. Versorgungsempfängern (Absatz 1 Nummern 2 und 3) für die Dauer einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,
4. Halbwaisen, wenn der lebende Elternteil, der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt ist und Anspruch auf Beihilfen zu den Aufwendungen für die Halbwaise hat,
5. Beamten, Richtern und Versorgungsempfängern, denen Leistungen nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages, nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes oder nach entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

---

(4) Den in den Landesdienst abgeordneten Beamten und Richtern werden Beihilfen nach diesen Vorschriften gewährt; Vereinbarungen der beteiligten Dienstherrn über einen Ausgleich der gewährten Leistungen bleiben unberührt.

## **AV zu § 2**

### Zu Absatz 1

Beihilfeberechtigt sind die unter Nummer 1 bis 3 genannten Personen, wenn sie im Zeitpunkt der Entstehung der Aufwendungen laufende Bezüge erhalten. Eine Beihilfe ist unter dieser Voraussetzung auch einem bereits ausgeschiedenen oder zu einem anderen Dienstherrn abgeordneten oder übergetretenen Beamten zu gewähren.

### Zu Absatz 3

Eine Unterbrechung der Tätigkeit im öffentlichen Dienst im Sinne der Nummer 1 liegt vor, wenn der Beihilfeberechtigte an einem oder mehreren Werktagen, an denen üblicherweise Dienst getan wird, nicht im Dienst gestanden hat. Dies gilt nicht für die Zeit, die zwischen zwei Dienstverhältnissen zur Ausführung eines Umzuges benötigt wurde.

### Zu Absatz 4

Wird ein Beamter zu einem anderen Dienstherrn innerhalb des Geltungsbereiches der BhVO abgeordnet, so hat er für die nach der Abordnung entstehenden Aufwendungen einen Anspruch auf Beihilfe gegen den Dienstherrn, zu dem er abgeordnet ist. Bei Abordnung zu einem Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereiches der BhVO behält er auch insoweit seinen Anspruch gegenüber dem abordnenden Dienstherrn, bis er von dem Dienstherrn, zu dem er abgeordnet ist, nach dem bei diesem geltenden Beihilferecht Beihilfen erhält.

Eine Abordnung oder Versetzung liegt nicht vor, wenn ein Beamter im Vorbereitungsdienst einem anderen Dienstherrn zur Ausbildung zugewiesen wird.

---

## § 3 Beihilfefälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in Krankheitsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsvorsorge

- a) für den Beihilfeberechtigten selbst,
- b) für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner des Beihilfeberechtigten,
- c) für die nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kinder;

2. in Geburtsfällen

- a) einer Beihilfeberechtigten,
- b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten oder eingetragenen Lebenspartnerin der Beihilfeberechtigten,
- c) der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter, mit der der Beihilfeberechtigte nicht verheiratet ist, für ein Kind des Beihilfeberechtigten,
- d) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter;

3. im Todesfall

- a) eines Beihilfeberechtigten,
- b) seines nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,
- c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes, bei Totgeburten, wenn sie beim Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig gewesen wären;

4. für Schutzimpfungen

- a) des Beihilfeberechtigten,
- b) seines nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,
- c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes;

5. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs

- a) einer Beihilfeberechtigten,
- b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten oder der eingetragenen Lebenspartnerin der Beihilfeberechtigten,
- c) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter;

---

## 6. in Fällen einer nicht rechtswidrigen Sterilisation

- a) eines Beihilfeberechtigten,
- b) des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten,
- c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes;

## 7. bei Pflegebedürftigkeit

- a) eines Beihilfeberechtigten,
- b) seines nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,
- c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes.

(2) Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte, im Familienzuschlag nach dem durch Gesetz vom 1. Oktober 2008 [Amtsbl. S. 1755] in Landesrecht übergeleiteten Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gewährt; dies gilt auch für die Kinder im Sinne des § 32 Absatz 4 Nr. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes, die nur wegen der Höhe ihrer Einkünfte und Bezüge nicht im Familienzuschlag berücksichtigt wurden. Beihilfen werden nicht gewährt für Aufwendungen von Geschwistern des Beihilfeberechtigten, seines Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners. Aufwendungen für Kinder und Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner beihilfeberechtigter Waisen sind nicht beihilfefähig.

(3) Berücksichtigungsfähige Familienangehörige, die bei Zuwendungsempfängern tätig sind, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden, gehören nicht zu den nicht selbst beihilfeberechtigten Personen im Sinne der Absätze 1 und 2.

(4) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor. Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(5) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt. Beihilfe zu Aufwendungen für ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird grundsätzlich demjenigen gewährt, der den Familienzuschlag für Kinder oder den Auslandskinderzuschlag bezieht, §§ 40, 56 des durch Gesetz vom 1. Oktober 2008 (Amtsbl. S. 1755) in Landesrecht übergeleiteten Bundesbesoldungsgesetzes.

---

## AV zu § 3

### Zu Absatz 2

1. Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Familienzuschlag zusteht oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden.
- 2.1 Solange der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt wird, bleiben die Kinder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig. Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird. Dies gilt nicht, soweit die Überzahlung auf Zeiten entfällt, in denen der Beihilfeberechtigte den Wegfallgrund bereits kannte oder hätte kennen müssen.
- 2.2 Kinder, die im Wintersemester 2006/2007 als Studierende eingeschrieben sind, gelten für die Dauer des Studiums als berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne dieser Vorschrift, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, zuzüglich geleisteter Wehr- und Zivildienstzeiten oder davon befreiender zeitlich entsprechender Tätigkeiten, z.B. als Entwicklungshelfer. Eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 15 Abs. 1 Satz 2 bei zwei oder mehreren Kindern erfolgt nicht. Die Einschreibung muss an einer staatlichen, staatlich anerkannten oder vergleichbaren Hochschule erfolgt sein.

### Zu Absatz 4

1. Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften nicht ausgeschlossen. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht.

Wird einem teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines Beamten der aus tarifrechtlichen Gründen zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, so besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen (z.B. § 4 Abs. 7) erfüllt sind. Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die aus tarifrechtlichen Gründen zustehende Beihilfe abzuziehen (§ 4 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 1).

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

---

#### Zu Absatz 5

Eine andere als die vorgesehene Zuordnung der Aufwendungen für ein Kind ist ausnahmsweise möglich, wenn besondere familiäre Verhältnisse dies erfordern. Die Ausnahmeregelung ist weit auszulegen. Soweit Beihilfeberechtigte nachvollziehbar darlegen, dass die Vorschrift ihnen Nachteile bringt, soll die Beihilfestelle vom Zuordnungsgrundsatz abweichen. Auf die Vorlage von Originalbelegen kann verzichtet werden.

---

## § 4 Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang

1. in Krankheits- und Pflegefällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, für die Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden,
2. bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsvorsorge,
3. in Geburtsfällen,
4. in Todesfällen,
5. für Schutzimpfungen, ausgenommen solche, die aus Anlass privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union durchgeführt werden,
6. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,
7. in Fällen einer nicht rechtswidrigen Sterilisation

nach Maßgabe der folgenden Vorschriften.

(2) Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit der Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche sowie für psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte sowie der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die die Regelspanne des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Die Festsetzungsstelle kann bei Zweifel über die Notwendigkeit und die Angemessenheit der Aufwendungen ein Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen. Sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Absatz 2a oder nach § 257 Absatz 2a in Verbindung mit § 315 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Absatz 1a Versicherungsaufsichtsgesetz versichert, beurteilt sich die Angemessenheit ihrer Aufwendungen nach den in den Verträgen nach § 75 Absatz 3b Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vereinbarten Gebührenregelungen. Solange keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, gelten die Maßgaben des § 75 Absatz 3a Satz 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

(3) Sach- und Dienstleistungen einer gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung sind nicht beihilfefähig. Als Sach- und Dienstleistungen gelten auch die gesetzlich vorgesehene Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) bemisst oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, auch Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und Aufwendungen, die darauf beruhen, dass der Versicherte die beim Behandler mögliche

---

Sach- und Dienstleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat.

(3a) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel und Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass anstelle von Sachleistungen eine Kostenerstattung nach § 64 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gewährt wird. Nicht beihilfefähig sind ferner Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

(4) Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor der Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen; dabei gilt bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen der nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen höchstmögliche Zuschuss als gewährte Leistung. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Heil- 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. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Absatz 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes 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.

(5) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind, in dem

1. der Beihilfeberechtigte noch nicht oder nicht mehr zu den in § 2 bezeichneten beihilfeberechtigten Personen gehörte oder ohne Genehmigung schuldhaft dem Dienst ferngeblieben war,
2. die betreffende Person nicht nach § 3 berücksichtigungsfähig war.

Die Aufwendungen gelten als entstanden in dem Zeitpunkt, in dem die verursachenden Umstände eingetreten sind, z. B. der Zeitpunkt der Behandlung durch den Arzt, des Einkaufs von Arzneien, der Lieferung eines Hilfsmittels.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen eines Versorgungsempfängers (§ 2 Absatz 1 Nummern 2 und 3), der außerhalb des öffentlichen Dienstes beruflich tätig ist, und des nicht selbst beihilfeberechtigten berufstätigen Ehegatten oder eingetragenen

---

Lebenspartners eines Beihilfeberechtigten (§ 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b), wenn nachgewiesen wird, dass der Krankheitsfall überwiegend in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Berufstätigkeit steht.

(7) Nicht beihilfefähig sind die in den §§ 5 bis 11 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes) des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 16.000 € übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Die Festsetzungsstelle kann in anderen besonders begründeten Ausnahmefällen im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres und Sport die Gewährung von Beihilfen zulassen.

(8) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme; nahe Angehörige sind Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Behandelten. Unkosten, die dem behandelnden Angehörigen im Einzelfall, z. B. für Materialien, Stoffe und Medikamente, entstehen und deren Geldwert nachgewiesen ist, sind im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig.

(9) Nicht beihilfefähig sind 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. Dies gilt nicht für Aufwendungen, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 105 des Saarländischen Beamtengesetzes zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt.

## **AV zu § 4**

### **Zu Absatz 1**

- 1.1 Die Notwendigkeit und Angemessenheit der geltend gemachten Aufwendungen sind im Einzelfall zu überprüfen. Sofern die Aufwendungen ihrem Grunde nach notwendig sind, sind sie in der Regel auch als angemessen anzusehen. Aufwendungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind nicht beihilfefähig. Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig angesehen werden.
- 1.2 Nicht notwendig sind medizinisch nicht indizierte Maßnahmen, insbesondere ästhetische Operationen, Tätowierungen und Piercing. Dies gilt auch für Behandlungen als Folge dieser Maßnahmen, soweit es sich nicht um die Behandlung einer Krankheit handelt.

- 
2. Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen - auch für ungezielte umfassende Untersuchungen (sog. Check up) - sind nur nach Maßgabe des § 10 beihilfefähig.
  3. Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Fahr- und Unterkunftskosten (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12) notwendig, wenn dies durch einen Arzt ausdrücklich bestätigt wird.
  4. Die Beihilfefähigkeit von Schutzimpfungen ist nach den amtlichen Impfempfehlungen zu beurteilen, die von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium des Saarlandes heraus gegeben werden. Im Übrigen sind die Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommision und die Schutzimpfungs-Richtlinien (SiR) des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung heranzuziehen.
  5. Legasthenie ist keine Erkrankung im Sinne des Absatz 1. Aufwendungen für ihre Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.
  6. Nachgewiesene Aufwendungen für die Hinzuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers oder einer Kommunikationshilfe sind bis zur Höhe der im Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz vorgesehenen Sätze für Dolmetscher beihilfefähig.

#### Zu Absatz 2

1. Bei der Festsetzung der Beihilfen hat die Festsetzungsstelle (§ 17 Abs. 1) bei ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) - einschließlich der auf der Grundlage der GOÄ bzw. GOZ ergangenen analogen Bewertungen - zu beachten. Diese stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zugrunde zu legen sind. Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.
  - 1.1 Nach § 6 Abs. 2 GOÄ können selbstständige ärztliche Leistungen, die nicht in das Gebührenverzeichnis der GOÄ aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses analog berechnet werden. Die Aufnahme dieser Leistungen in das Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ) der Bundesärztekammer ist für die Bewertung von erheblicher Bedeutung, aber keine rechtliche Voraussetzung für eine Analogbewertung und damit für die Beihilfefähigkeit. Sofern eine ärztliche Leistung noch nicht darin aufgenommen ist, hat die Festsetzungsstelle daher im konkreten Einzelfall zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 GOÄ vorliegen, d.h. eine analoge Bewertung überhaupt zulässig und die Aufwendung der Höhe nach beihilferechtlich angemessen ist. Dabei kommt eine Anfrage bei der Bundesärztekammer oder bei den Berufsverbänden

---

den in Betracht. Fälle grundsätzlicher Bedeutung sind dem Ministerium für Inneres und Sport vorzulegen, um eine einheitliche Handhabung im Geltungsbe-  
reich sicher zu stellen.

- 1.2 Die Frage der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ärztliche Behandlungen ist im Übrigen nach dem allgemeinen beihilferechtlichen Grundsatz der Notwendigkeit und Angemessenheit zu beurteilen. Die Gebührenordnung für Ärzte enthält in ihrem Textteil wie auch im Gebührenverzeichnis in der Regel keine konkrete Aussage dazu, wie oft die einzelnen Leistungen berechnet werden dürfen, es bestehen keine grundsätzlichen Regelungen in Form einer Begrenzung auf Indikationen oder Anzahl der Arzttermine. Bei Zweifeln über die Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen besteht für die Beihilfestelle die Möglichkeit, ein amtsärztliches Gutachten einzuholen. Bei der jeweiligen Entscheidung über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bestehen gegen eine Heranziehung eines Maßstabes aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich keine Bedenken, soweit dieser sich im Übrigen mit den gebührenrechtlichen und beihilferechtlichen Vorgaben vereinbaren lässt. Ohne gebühren- und beihilferechtliche Grundlage ist eine generelle Beschränkung der Beihilfefähigkeit von ärztlichen Leistungen auf die Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung - z.B. auf bestimmte Indikationen – nicht zulässig.
- 1.3 Für zahnärztliche Leistungen nach § 6 Abs. 2 GOZ gelten die Ausführungsvorschriften 1.1 und 1.2 entsprechend.
2. Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 4 Abs. 2) sind die Gebühren nach der GOÄ und GOZ auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt oder Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet ( z.B. für Leistungen des Rettungsdienstes).
3. Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind. Dabei handelt es sich insbesondere um die Gebührensätze: 1, 3, 4, 34, 60, 70, 75, 80, 85, 95, 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.
- 3.1 Überschreitet eine Gebühr (für ärztliche Leistungen) die in § 5 Abs. 2 Satz 4 bzw. Abs. 3 Satz 2 GOÄ vorgesehene Regelspanne, so kann sie nach § 4 Abs. 2 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 GOÄ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen
  - besonders schwierig war oder

- 
- einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
  - wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ; vgl. z. B. Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses). So rechtfertigt z. B. die Tatsache der ambulanten Ausführung einer Operation gebührenrechtlich nicht eine Überschreitung der Regelspanne (2,3-facher Gebührensatz).

Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung der Regelspanne rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt näher erläutern zu lassen (§ 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ). Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, so ist mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer, eines Amtsarztes oder eines medizinischen Gutachters einzuholen.

- 3.2 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und Anwendung anderer Gebührenordnungen (Adgo usw.) ist nicht mehr zulässig. Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ beruhen, können beihilferechtlich grundsätzlich nur bis zur Regelspanne als angemessen angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung der Regelspanne bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ) ist nach der ärztlichen Begründung entsprechend Nummer 3.1 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der Festsetzungsstelle zugelassen werden.
- 3.3 Aufwendungen für eine osteopathische Behandlung können als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die Behandlung von einem Arzt oder einem Angehörigen der Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 Nr. 8 BhVO durchgeführt wird.
- 3.4 Die Ausführungen in den Nummern 3.1 und 3.2 sind sinngemäß auch für psychotherapeutische Leistungen anzuwenden.
4. Für zahnärztliche Leistungen bemisst sich die Vergütung nach § 5 Abs. 1 GOZ. Eine Vergütung kann grundsätzlich jedoch nur bis zum 2,3fachen Satz der GOZ beihilferechtlich als angemessen angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung ist durch besondere, über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände begründet. Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ erbracht werden, sind nicht beihilfefähig.  
Im Übrigen sind die Ausführungen in den Nummern 3.1 und 3.2 sinngemäß anzuwenden.
5. Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen

---

für die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standardtarifs zählen, nach § 5b GOÄ, § 5a GOZ und § 1 Abs. 1 GOP i.V.m. § 5b GOÄ. Bei Versicherten im Basistarif bemisst sich die Vergütung nach § 75 Abs. 3b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

6. Gutachten sind im Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. Amtsärzte sind beamtete Ärzte, die zum Leiter eines Gesundheitsamtes bestellt sind. Auch die in deren Auftrag unterzeichneten Gutachten und Zeugnisse gelten als solche eines Amtsarztes. Vertrauensärzte sind die von der Festsetzungsstelle allgemein oder im Einzelfall für die Erstellung eines Gutachtens bestellten Ärzte.

#### Zu Absatz 3

1. Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel usw., die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger. Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 4 Abs. 4 Satz 1 angerechnet.
2. Zum Personenkreis nach Satz 2 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte von Trägern der Rentenversicherung getragen werden.
3. Festbeträge können gebildet werden für
  - Arznei- und Verbandmittel (§ 35 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ),
  - Hilfsmittel (§ 36 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

Als Festbeträge gelten auch

- die Vertragssätze nach § 33 Abs. 6 und 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Hilfsmittel),
- der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Kontaktlinsen)sowie
- der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Leistungen des Rettungsdienstes).

Da nach Satz 2 bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig.

4. Die Regelung über die Gleichstellung von bestimmten Aufwendungen mit einer Sachleistung nach Satz 2 erfasst neben der Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung die Fälle, in denen sich die dort genannten Versicherten nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lassen (z. B. privatärztliche Behandlung durch einen Kassenarzt). Hätte der Behandler im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eines Sachleistung zu erbringen gehabt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. Gehört

---

der Behandler oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Behandlerkreis, findet § 4 Abs. 4 Satz 2 und 3 Anwendung.

#### Zu Absatz 3 a

- 1.1 Zuzahlungen bzw. Kostenanteile der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. Dies gilt auch bei Aufwendungen für die nach § 34 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder entsprechenden Regelungen ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Von der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von § 130 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. Bei den nicht durch Zuschüsse der Kasse gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen bzw. Kostenanteile.
- 1.2 Nach § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Wahltarife) können die gesetzlichen Krankenkassen vorsehen, dass die Versicherten jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten zu übernehmen haben (Selbstbehalt). Soweit solche Selbstbehalte von der Krankenkasse angerechnet werden, sind sie nicht beihilfefähig.
2. Ist der Abschlag nach Satz 2 nicht nachgewiesen, sind neben dem tatsächlichen Erstattungsbetrag der Krankenkasse 15 v. H. dieses Betrages als fiktiver Abschlag abzusetzen.

#### Zu Absatz 4

1. Zu den Rechtsvorschriften im Sinne des Satzes 1 gehören u. a.:
  - a) das durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleitete Beamtenversorgungsgesetz und die dazu erlassene Verordnung vom 25. April 1979 (BGBl. I S. 502) sowie entsprechende landesrechtliche Vorschriften,
  - b) Bundesversorgungsgesetz,
  - c) Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte,
  - d) Wehrsoldgesetz,
  - e) Soldatenversorgungsgesetz,
  - f) Reichsversicherungsordnung,
  - g) Angestelltenversicherungsgesetz,
  - h) Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter,
  - i) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören auch Ansprüche gegen

---

zwischen- oder überstaatliche Organisationen sowie Ansprüche auf Krankheitsfürsorge aufgrund des Artikels 31 Abs. 2 des Statuts des Lehrpersonals der Europäischen Schulen.

2. Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater bzw. der Anspruch der Mutter eines nichtehelichen Kindes gegen den Kindesvater auf Ersatz ihrer Entbindungs- und Folgekosten fällt nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach Absatz 4 Satz 1. Daher kann die Mutter eines nichtehelichen Kindes nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden.
3. Eine nach der BhVO zustehende Beihilfe hat Vorrang vor den Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 2 Abs. 1 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch), auch wenn nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch vorgeleistet wird. Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus den Entschädigungsfonds für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 des Pflichtversicherungsgesetzes.
4. Absatz 4 Satz 1 findet keine Anwendung in Fällen, in denen einer Person Leistungen aus einer Sportunfallversicherung zustehen, da es sich hierbei nicht um Ansprüche aufgrund gesetzlicher oder anderer Vorschriften handelt, sondern um Ansprüche aus einem privatrechtlichen Versicherungsvertrag.
5. Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 4 Nummer 3 gehören nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr aufgrund des Bundesversorgungsgesetzes gewährt werden.

#### Zu Absatz 7

1. Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:
  - 1.1 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
  - 1.2 Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
  - 1.3 Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
  - 1.4 Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
  - 1.5 Einkünfte aus Kapitalvermögen,
  - 1.6 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
  - 1.7 sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 Einkommensteuergesetz.

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

2. Macht der Beihilfeberechtigte glaubhaft, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze nach Absatz 7 nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des fol-

---

genden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr die Einkommensgrenze überschritten haben. Bei Ehegatten, deren Einkünfte als berücksichtigungsfähige Angehörige 2007 über und 2008 unter der maßgeblichen Einkommensgrenze lagen, ist bei einer Festsetzung 2009 ausnahmsweise noch auf das Vorjahr 2008 abzustellen.

3. Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.
4. Auf Anforderung der Beihilfestelle ist ein Einkommensnachweis vorzulegen.

---

## § 5 Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

- (1) Aus Anlass einer Krankheit sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:
1. Ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, ausgenommen sind Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden. Das Ministerium für Inneres und Sport kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen sowie die Aufwendungen begrenzen oder ausschließen. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach der Anlage 1.
  2. Vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegeverordnung (BPfIV) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) mit Ausnahme der Wahlleistungen (§ 22 BPfIV, §§ 16 und 17 KHEntgG) sowie vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus (§ 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die die Bundespflegeverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind Aufwendungen bis zu der Höhe beihilfefähig, die bei einer Behandlung im nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhaus entstanden wären, das diese Vorschriften anwendet.
  3. Erste Hilfe.
  4. Eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muss überwiegen. Daneben sind die Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. Bei einer Pflege durch nahe Angehörige (§ 4 Absatz 8) sind nur die notwendigen Fahrkosten (Nummer 11) und, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird, eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen beihilfefähig; eine an Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig. Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Entgeltgruppe 7a der Kr-Anwendungstabelle [West] – Anlage 5 A TVÜ-Länder).
  5. Eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 6 Euro stündlich, höchstens 36 Euro täglich, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung (Nummer 2, § 6, § 7 und § 12) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass diese Person - ausgenommen Alleinerziehende - nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt in besonderen Fällen auch für die ersten

---

sieben Tage nach Ende einer stationären Unterbringung, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. Nummer 4 Satz 3 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter 15 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. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer in der Nummer 4 Satz 3 genannten Person sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 11) nicht beihilfefähig.

6. Die vom Arzt oder Zahnarzt bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen. Ist für ein Arznei- oder Verbandmittel ein Festbetrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch festgesetzt, sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe des Festbetrags beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen sowie die Aufwendungen für
  - a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,
  - b) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
  - c) Abführmittel, ausgenommen bei schweren Erkrankungen,
  - d) Arzneimittel gegen Reisekrankheiten.
7. Eine von der zuständigen Behörde angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.
8. Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder - ausgenommen Saunabäder und Aufenthalt in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur-, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Podologen, Logopäden, Masseur oder Masseur und medizinischen Bademeister durchgeführt werden. Bei einer heilpädagogischen Behandlung und der Behandlung von spastisch gelähmten Kindern in den dafür vorgesehenen Heimen sind auch notwendige Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 7,15 Euro täglich beihilfefähig, es sei denn § 6 ist anzuwenden.
9. Anschaffung, Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung oder zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, deren Anschaffungskosten Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung sind. Aufwendungen für Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. Das Ministerium für Inneres und Sport kann in Richtlinien die Beihilfefähigkeit derartiger Aufwendungen begrenzen, die für die Beihilfefähigkeit

---

der Anschaffungskosten maßgebenden Voraussetzungen bestimmen und die zu den Hilfsmitteln gehörenden Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung festlegen.

10. Organspender, soweit der Empfänger zu dem in § 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a bis c bezeichneten Personenkreis gehört, für
- a) Aufwendungen nach den Nummern 1, 2, 6, 8, 11 und 12, die bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen,
  - b) den nachgewiesenen Ausfall an Arbeitseinkommen.

Diese Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht von anderer Stelle erstattet werden oder zu erstatten sind. Buchstabe a und b gelten auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen.

11. Die Beförderung des Erkrankten zur Behandlung, Untersuchung und dergleichen und zurück und, falls erforderlich, einer Begleitperson sowie die Gepäckbeförderung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Beförderungsklasse regelmäßig verkehrender öffentlicher Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. Höhere Beförderungskosten dürfen nur berücksichtigt werden bei Rettungsfahrten oder wenn eine anderweitige Beförderung wegen der Schwere oder Eigenart einer bestimmten Erkrankung oder einer Behinderung unvermeidbar war. Die medizinische Notwendigkeit der anderweitigen Beförderung ist durch eine auf die konkreten Umstände im Einzelfall bezogene Bescheinigung des behandelnden Arztes nachzuweisen. Wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 des Saarländischen Reisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig.

Beihilfen werden nicht gewährt

- a) bei Benutzung privater Personenkraftwagen für die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks,
  - b) für die Benutzung privater Personenkraftwagen oder öffentlicher, regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel bei Behandlung des Erkrankten am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in deren Einzugsgebiet,
  - c) für die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
  - d) für die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise.
12. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen und ärztlich verordneten Heilbehandlungen außerhalb einer Heilkur oder einer kurähnlichen Maßnahme bis zu einem Höchstbetrag von je 26 Euro täglich für den Erkrankten und für eine notwendige Begleitperson.

---

13. Eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel. § 27 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Die Behandlung ist vorab auf der Grundlage eines Behandlungsplans zu genehmigen.

(2) Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für

- a) wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Materialien, Arznei- und Verbandmittel,
- b) Heilbehandlungen nach Absatz 1 Nummer 8 und Hilfsmittel nach Absatz 1 Nummer 9

bestimmen sich nach den Anlagen 2 bis 4. Das Ministerium für Inneres und Sport kann die Beihilfefähigkeit der in Satz 1 genannten Aufwendungen ganz oder teilweise von einer vorherigen Anerkennung abhängig machen, begrenzen oder ausschließen.

(3) Werden Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 8 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von Absatz 1 Nr. 8 und § 4 Absatz 1 und 2 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind, beihilfefähig. Eine Komplextherapie wird von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht, dem auch Ärzte, Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen im Sinne von Absatz 1 Nr. 8 Satz 3 angehören müssen.

## **AV zu § 5**

Zu Absatz 1

Zu Nummer 1

1. Voranerkennungsverfahren gemäß Nummern 2 und 3 der Anlage 1 zu § 5 Abs. 1 Nr. 1:  
Die Festsetzungsstelle beauftragt einen vom Bundesministerium des Innern bestellten vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung sowie mit der Bewertung der Angaben des Arztes oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeuten genannt) in den Formblättern 1 und 2 (siehe Nummer 5).
- 1.1 Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 (Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie) ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat er (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.

- 
- 1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt 2a (siehe Nummer 5) den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG, BGBl. I 1998, S. 1311) einholen.
  - 1.3 Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und ggf. das Formblatt 2a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilfeberechtigten/ Patienten.
  - 1.4 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit Formblatt 3 (siehe Nummer 5) einen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt 4 (siehe Nummer 5) und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
    - a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet),
    - b) das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie),
    - c) das Formblatt 4 in dreifacher Ausfertigung,
    - d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
  - 1.5 Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach Formblatt 4 (Psychotherapie-Gutachten) - in zweifacher Ausfertigung - in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Diese leitet eine Ausfertigung des Psychotherapie-Gutachtens an den Therapeuten weiter.
  - 1.6 Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt 5 (siehe Nummer 5).
  2. Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens abhelfen oder ein Obergutachten einholen. Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in den Nummern 2.4.1 bis 2.4.4 und 3.4.1 bis 3.4.3 der Anlage 1 zu § 5 Abs. 1 Nr. 1 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.
  - 2.1 Wird ein Obergutachten eingeholt, hat zunächst der Beihilfeberechtigte (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen Erstbericht an den Gutachter auf Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden sollte.

- 
- 2.2 Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/ das Ersuchen des Beihilfeberechtigten/Patienten.
  - 2.3 Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen vertrauensärztlichen Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
    - a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet),
    - b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
    - c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumsschlag.Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten.
  - 2.4 Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumsschlag der Festsetzungsstelle.
  - 2.5 Auf Grundlage der gutachterlichen oder der obergutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen Abhilfebeseid oder legt den Widerspruch der Widerspruchsbehörde vor.
  3. Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummer 2.3 und 3.3 der Anlage 1 zu § 5 Abs. 1 Nr. 1) leitet die Festsetzungsstelle den vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumsschlag dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat. Dabei ist das Formblatt 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. Im übrigen gilt Nummer 1.5 bis 2.5 entsprechend.
  4. Die Festsetzungsstelle kann von dem beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren nach Nummer 1 absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten (oder des Patienten) bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Therapeuten ergeben.
  5. Die Beihilfestelle kann an Stelle der Formblätter 1 bis 5 (im Anhang abgedruckt) eigene Formblätter herausgeben, soweit diese inhaltlich den empfohlenen Formblättern und den beihilferechtlichen Vorgaben entsprechen.

#### Zu Nummer 2

1. Beihilfefähig sind allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV, § 2 Abs. 2 KHEntgG). Zuschläge und weitere Entgelte, die vom Krankenhaus auf der Grundlage einer Vereinbarung nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltge-

---

setz oder entsprechenden Bestimmungen den Beihilfeberechtigten in Rechnung gestellt werden dürfen, sind beihilfefähig.

Mehraufwendungen für Wahlleistungen nach § 22 BPfIV, §§ 16 und 17 KHEntgG (gesondert berechnete Unterkunft und Arztkosten) sind nicht beihilfefähig.

- 2.1 Die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ist bei Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung durch den Pflegesatz abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig.
- 2.2 Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet, kann für die Unterbringung einer Begleitperson, die aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG), auf der Basis des § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG ein Zuschlag verrechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegetage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts beihilfefähig. Dies gilt auch für andere Zuschläge nach vergleichbaren Rechtsgrundlagen.
- 2.3 Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses können bis 13 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn dies nach ärztlicher, amtsärztlicher oder vertrauensärztlicher Feststellung wegen des Alters eines Kindes und seiner Erkrankung, die eine stationäre Langzeittherapie erfordert, aus medizinischen Gründen notwendig ist. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig.
3. Zu Krankenhausleistungen zählen auch vergleichbare Leistungen zur Rehabilitation, die sich unmittelbar oder in engem zeitlichen Zusammenhang an eine Krankenhausbehandlung anschließen. Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen in Rehabilitationskliniken können im Rahmen des § 7 beihilferechtlich anerkannt werden, wenn diese Krankenanstalten in der Regel keine Akutkrankenbehandlungen durchführen.

#### Zu Nummer 4

1. Häusliche Krankenpflege ist notwendig für Personen, die wegen Krankheit vorübergehend folgender Leistungen bedürfen, wobei die Grundpflege überwiegen muss:
  - a) Grundpflege; dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme,
  - b) Hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen) sowie

---

c) Behandlungspflege ( z. B. Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibung).

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

2. Bei einer vorübergehenden häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspflegekraft sind die Aufwendungen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger beihilfefähig, wenn diese auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine vom Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.

Bis zur Höhe der Kosten für eine einzelne Pflegekraft können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt werden. Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Beihilfe entsprechend zu mindern.

3. Bei Gewährung von Sachbezügen an Berufspflegekräfte oder Ersatzpflegekräfte sind diese mit den in der Verordnung über den Wert der Sachbezüge in der Sozialversicherung (Sachbezugsverordnung) festgelegten Werten anzusetzen. Die Sachbezugsverordnung ist in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

#### Zu Nummer 5

1. Die Voraussetzungen nach Satz 1 bis 3 sind auch dann insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung eine an sich erforderliche stationäre Unterbringung durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird. Entsprechendes gilt für alleinstehende Beihilfeberechtigte.
2. Die Voraussetzungen des Satzes 3 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. Aufwendungen können aber als beihilfefähig anerkannt werden, wenn diese Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes stationär aufgenommen wird und dies nach ärztlicher Feststellung aus medizinischen Gründen notwendig ist.
3. Als Alleinerziehende gelten Beihilfeberechtigte, die mit ihrem berücksichtigungsfähigen Kind, für das ihnen die Personensorge übertragen ist, in einem Haushalt leben.

#### Zu Nummer 6

- 1.1 Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen sind nur beihilfefähig, wenn und soweit sie von einer in Nummer 1 genannten Person schriftlich verordnet sind. Das Rezept hat Angaben über die behandelte Person und über die verordnete Menge zu enthalten. Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk

---

der verordnenden Person erneut beschafft werden, sind nicht beihilfefähig. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

- 1.2 Lanzetten und Sonden stehen Harn- und Blutteststreifen gleich.
  
2. Zur Befreiung von der Kostendämpfungspauschale für Schwangere benötigt die Festsetzungsstelle entweder eine Kennzeichnung des Arzneimittels durch den verschreibenden Arzt oder eine entsprechende Erklärung der Schwangeren mit Angabe der Dauer der Schwangerschaft.
  
- 3.1 Zu den Medikamenten im Sinne dieser Vorschrift gehören grundsätzlich nicht Geriatrika, Regenerationsmittel, Vitaminpräparate, Präparate zur Ovulationshemmung, Stärkungsmittel oder Säuglingsfrühnahrung. Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung von erektiler Dysfunktion verordnet werden, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Grund einer anderen Diagnose verordnet worden sind. Die Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind zu der Frage, ob ein Mittel nach Nr. 4.1 der Anlage 2 ein Arzneimittel ist oder ob dessen Wirksamkeit aus therapeutischer Sicht anerkannt ist, entsprechend heranzuziehen. Dort genannte Ausschlussgründe, die im Beihilferecht keine Entsprechung finden (z.B. Verordnungsvoraussetzungen, Apothekenpflichtigkeit oder Verschreibungspflichtigkeit) sind allein nicht maßgebend.
  
- 3.2 Im Rahmen der Bestimmungen über die Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln sind auch Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, beihilfefähig. Abschnitt J der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und die dazu gehörende Anlage V sind entsprechend anzuwenden.
  
4. Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption sind nur bis zur Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres beihilfefähig, es sei denn, sie werden als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.

#### Zu Nummer 8

Aufwendungen für ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen sind beihilfefähig, soweit sie Leistungen nach Anlage 3 der BhVO vergleichbar sind. Aufwendungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining sind entsprechend den einheitlichen Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Die von den gesetzlichen Krankenkassen getroffene Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 in der Fassung vom 1. Januar 2007 ist entsprechend anzuwenden. Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören nicht der Besuch eines Fitness-Studios oder allgemeine Fitness-Übungen.

#### Zu Nummer 9

- 
1. Die Beihilfefähigkeit eines Gegenstandes als Hilfsmittel, Gerät zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle oder Körperersatzstück richtet sich in erster Linie danach, ob der Gegenstand in der Anlage 4 aufgeführt ist. Im Rahmen der Notwendigkeit und Angemessenheit können Bestimmungen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung insoweit entsprechend herangezogen werden, wie die beihilferechtlichen Vorgaben dafür Raum lassen.
  - 2.1 Bei den in Anlage 4 genannten Aufzählungen sind Oberbegriffe enthalten, die mehrere Ausführungen eines Hilfsmittels erfassen können. Angesichts der Vielzahl der auf dem Markt der Medizin angebotenen Produkte und der schnellen Entwicklung neuer Modelle muss daher im Einzelfall geprüft werden, ob ein Gegenstand zu einem in der Anlage genannten Begriff zählt.
  - 2.2 Im Regelfall ergibt sich die Notwendigkeit und Angemessenheit aus der ärztlichen Verordnung und bedarf keiner näheren Prüfung durch die Beihilfestelle. Bei Zweifeln kann sie zusätzliche Informationen einholen, z.B. nähere Erläuterungen durch den behandelnden Arzt oder ein Gutachten anfordern. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie Anhaltspunkte dafür hat, dass ein gleichwertiger Erfolg auch mit einem weniger aufwendigen Hilfsmittel erreicht werden kann.
  - 2.3 Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände mit ein.
  - 2.4 Eine schwere Sehbeeinträchtigung der Stufe 1 entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillenversorgung oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge = 0,3 beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld = 10 Grad bei zentraler Fixation ist. Liegen die Voraussetzungen nach Satz 1 vor, sind Sehhilfen nach Maßgabe der Anlage 4 beihilfefähig.
  - 2.5. Die Unterhaltskosten (u.a. Futter, Tierarzt, Versicherungen) für einen Blindenführhund sind beihilfefähig. Bei Kosten über 100 Euro im Monat kann die Beihilfestelle die Vorlage von Belegen verlangen.

#### Zu Nummer 10

Aufwendungen für die Registrierung sind nach Absatz 1 Nr. 1 beihilfefähig. Auf der Grundlage des Transplantationsgesetzes vom 5. November 1997 (BGBl. I Nr. 74, S. 2631) abgerechnete Kosten für die Organbeschaffung bei postmortalen Organspende sind entsprechend der Verpflichtung der Deutschen Stiftung Organtransplantation gegenüber dem Bundesministerium des Innern und den Beihilfestellen des Bundes und der Länder beihilfefähig.

#### Zu Nummer 11

1. Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Davon abweichend können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn eine schwere Erkrankung vorliegt, die eine stationäre Langzeit-

---

therapie erfordert und wenn nach ärztlicher, amts- oder vertrauensärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes aus medizinischen Gründen notwendig ist. In diesen Fällen ist auch das Einzugsgebiet zu berücksichtigen.

2. Wegen des Begriffs „Einzugsgebiet“ wird auf § 2 Abs. 6 des Saarländischen Umzugskostengesetzes verwiesen.

#### Zu Nummer 13

1. Die nach § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bestimmten medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der ärztlichen Maßnahmen in den Richtlinien für künstliche Befruchtung sind auch für den Bereich der Beihilfe in der jeweiligen Fassung bindend. Daraus ergibt sich:
2. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 vom Hundert der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie im homologen System (d.h. bei Ehepaaren) durchgeführt werden und hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, sind in vollem Umfang beihilfefähig.
3. Voraussetzung für die Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ist, dass bei beiden Ehegatten der HIV-Status bekannt ist und dass bei der Frau ein ausreichender Schutz gegen eine Rötelninfektion besteht; für infektiöse Proben sind die in der Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem Transplantationsgesetz (TPG-GewV) genannten Bedingungen zu beachten. Anspruch auf Leistungen der künstlichen Befruchtung besteht nur für weibliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. Für männliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige besteht ein diesbezüglicher Anspruch von der Vollendung des 25. bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Diese maßgebliche Altersgrenze muss für beide Ehepartner in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. Liegt nur bei einem die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.
4. Nach Geburt eines Kindes besteht, sofern alle weiteren Voraussetzungen gegeben sind, erneut ein Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung. Sofern eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist, ohne dass es nachfolgend zur Geburt eines Kindes gekommen ist, wird dieser Behandlungsversuch nicht auf die Anzahl angerechnet.
5. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Aufwendungen, die über die künstliche Be-

---

fruchtung hinausgehen, wie Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen können nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen als beihilfefähig anerkannt werden. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

6. Behandlungsmethoden, Begrenzung der Versuchszahlen und Indikationen:

- a) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, gegebenenfalls nach Stimulation mit Antiöstrogenen:  
maximal acht Versuche  
Indikationen: somatische Ursachen (z.B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanalstenose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mucus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,
- b) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen:  
maximal drei Versuche  
Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,
- c) In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer):  
maximal drei Versuche  
Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,
- d) Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT):  
maximal zwei Versuche  
Indikationen: anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,
- e) Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)  
maximal drei Versuche  
Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche un-

---

abhängig von der Gewinnung des Spermias die Grenzwerte gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten.

Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur In-Vitro-Fertilisation als auch zum intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, dürfen die Maßnahmen nur alternativ durchgeführt werden. In-Vitro-Fertilisation und Intracytoplasmatische Spermieninjektion dürfen aufgrund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ angewandt werden. Ausnahme ist die Fallkonstellation eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer In-Vitro-Fertilisation. In diesem Fall kann in maximal zwei darauf folgenden Zyklen die intracytoplasmatische Spermieninjektion zur Anwendung kommen.

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

7. Bezüglich der Zuordnung der Kosten zu den Ehepartnern ist nach Nr. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für künstliche Befruchtung zu verfahren. Dort heißt es:

„3. Die Krankenkasse ist nur für diejenigen Leistungen zuständig, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Hierzu gehören im Rahmen der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegebenenfalls erforderliche Leistungen beim Ehegatten des Versicherten nicht, wenn dieser nicht bei derselben Krankenkasse versichert ist. Für die Maßnahmen im Zusammenhang mit der (ggf.) Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens sowie für den HIV-Test beim Ehemann ist die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig. Für die Beratung des Ehepaares nach Nr. 14 sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Spermienzellen ist die Krankenkasse der Ehefrau zuständig. Für die Beratung des Ehepaares nach Nr. 16 und die ggf. in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung ist die Krankenkasse des Ehemannes zuständig.“

#### Zu Absatz 2

1. Aufwendungen für Psychotherapie sind beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Psychotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Weitere Voraussetzungen, Inhalt und Ausmaß der Psychotherapie richten sich nach § 37 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf dessen Grundlage ergangenen Beschlüssen und Vereinbarungen.
2. Aufwendungen für Akupunkturbehandlungen werden unter Berücksichtigung des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anerkannt, soweit die Behandlung nicht nach § 5 Abs. 2 ausgeschlossen ist.

- 
3. Aufwendungen für medizinische Leistungen bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen, für die eine allgemein anerkannte dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, sind in besonderen Einzelfällen beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98). In diesen Fällen kann es die Fürsorgepflicht erfordern, Beihilfe für eine wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethode zu gewähren. Dies ist der Fall, wenn
1. sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer bestimmten Krankheit noch nicht herausgebildet hat oder
  2. das anerkannte Heilverfahren nicht angewendet werden darf oder
  3. ein solches bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist.

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

#### Zu Absatz 3

1. Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und gegebenenfalls durch nichtärztliches Personal durchgeführt werden. Die Beteiligung eines Arztes muss dabei sichergestellt sein.
2. Zu den Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitusstherapien, ambulante Chemotherapie nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Neurodermitisschulungen und Diabetikerschulungen. Aufwendungen für eine ambulante Palliativversorgung sind nach Maßgabe des § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.
3. Komplextherapien umfassen keine Soziotherapien, psychiatrische Krankenpflege und Maßnahmen nach § 7.
4. Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen sind nicht nach § 5 Abs. 3 beihilfefähig.

---

## Nichtamtliche Einfügung: § 5 Abs. 1 Nummer 2 für Wahlleistungen in der Fassung bis 30.06.1995

- (1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für
2. Stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV), und zwar
    - b) Wahlleistungen
      - aa) gesondert berechnete **wahlärztliche Leistungen** (§ 7 Abs. 3 BPfIV),
      - bb) gesondert berechnete **Unterkunft** (§ 7 Abs. 4 BPfIV) bis zur Höhe der Kosten eines Zwei-Bett-Zimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich

...

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

### Übergangsregelung bzw. Ausnahmetatbestände zu § 5 Abs. 1 Nr. 2 BhVO a. F.

Artikel 6 des Gesetzes Nr. 1349 über die Haushaltsfinanzierung 1995 vom 6. April 1995 (Amtsbl. S. 418)

(1) ...

- (2) Mehraufwendungen für gesondert berechenbare Wahlleistungen aus Anlass einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus und für entsprechende Leistungen werden in den Fällen, in denen Personen vor dem 1. Juli 1995
- (a) wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten gesonderte berechenbare ärztliche Leistungen eines bestimmten Arztes in Anspruch genommen haben und in denen es sich als notwendig erweist, dass derselbe Arzt die Behandlung fortsetzt,
  - (b) wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten gesonderte berechenbare Leistungen in Anspruch genommen haben und in denen die Behandlung aufgrund eines bei Beendigung des früheren Behandlungsabschnitts bestehenden Behandlungsplans fortgesetzt wird,
  - (c) trotz ausreichender Versicherung wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten von den Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder in denen diese Leistungen eingestellt worden sind und in denen die Mehraufwendungen aufgrund dieser Leiden oder Krankheiten entstanden sind,
  - (d) das siebzigste Lebensjahr vollendet haben,

nach bisherigem Recht behandelt; dies gilt in den Fällen der Buchstaben a) und b) nur, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige stationäre Behandlung geboten war.

---

## § 6

### Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die von Ärzten als notwendig bescheinigte häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege neben anderen nach § 5 Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen entsprechend den Pflegestufen des § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die Beihilfe zu Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit erhalten, haben Anspruch auf Pflegeberatung. Umfang und Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richten sich nach § 7a Elftes Buch Sozialgesetzbuch. Aufwendungen für die zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit nach § 44 a Elftes Buch Sozialgesetzbuch sind für Beschäftigte nach § 3 des Pflegezeitgesetzes beihilfefähig, wenn sie Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige pflegen.

(2) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Die Pflegebedürftigen sind einer der Stufen nach § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch zuzuordnen.

(3) Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte bestimmt sich die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen je Kalendermonat nach Maßgabe des § 36 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der dort festgelegten Beträge. Bei einer teilstationären Pflege durch geeignete Pflegekräfte bestimmt sich die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen je Kalendermonat nach Maßgabe des § 41 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der dort festgelegten Beträge. Werden auf Grund eines besonderen Pflegeaufwands höhere Aufwendungen zwingend notwendig, so kann zur Vermeidung einer Notlage eine Beihilfe bis zur Höhe dieser Aufwendungen gewährt werden. Bei zusätzlichen Betreuungsleistungen wird Beihilfe nach Maßgabe des § 45 b Elftes Buch Sozialgesetzbuch gewährt. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für teilstationäre Pflege in einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung in Verbindung mit Aufwendungen häuslicher Pflege durch geeignete Pflegekräfte, in Verbindung mit häuslicher Pflege durch andere geeignete Personen oder in Kombination von häuslicher Pflege durch geeignete Pflegekräfte und andere geeignete Personen richtet sich nach § 41 Absatz 4 bis 6 Elftes Buch Sozialgesetzbuch.

(4) Bei einer häuslichen Pflege durch andere Pflegepersonen wird eine Pauschalbeihilfe nach Maßgabe des § 37 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der dort festgelegten Beträge gewährt. Besteht der Anspruch nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag mit Ausnahme für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 5 Absatz 1 Nr. 2) oder einer Sanatoriumsbehandlung (§ 7) entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Ein aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. Bei Verhinderung der Pflegeperson werden anstelle der Pauschalbeihilfe die Kosten einer Ersatzpflegekraft für längstens vier Wochen je Kalenderjahr nach Maßgabe des

---

§ 39 Elftes Buch Sozialgesetzbuch in Höhe des dort festgelegten Betrages als beihilfefähig anerkannt. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen zur Hälfte gewährt.

(5) Bei einer Pflege in einer vollstationären Einrichtung (Kurzzeitpflege) werden die Kosten für längstens vier Wochen je Kalenderjahr bis zur Höhe des in § 42 Absatz 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegten Betrages als beihilfefähig anerkannt. Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Entsprechend § 42 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch sind Pflegeaufwendungen für eine Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen auch bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Sind in den Aufwendungen für die Einrichtung Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 Prozent der Aufwendungen beihilfefähig.

(6) Bei einer vollstationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Absatz 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht kommenden pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung (§ 84 Absatz 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass folgende Eigenanteile überschritten werden:

1. bei Beihilfeberechtigten mit
  - a) einem Angehörigen 40 vom Hundert,
  - b) mehreren Angehörigen 35 vom Hundert

des um 511 Euro - bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 383 Euro - verminderten Einkommens,

2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

Einkommen sind die Dienst- oder Versorgungsbezüge (ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag) sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung

---

und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners einschließlich dessen sozialversicherungspflichtigen Arbeitseinkommens. Angehörige im Sinne des Satzes 2 sind nur der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner sowie die Kinder, die nach § 3 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt. Bei einer Pflege in einer Pflegeeinrichtung, welche die Voraussetzungen des § 71 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt, sind höchstens die vergleichbaren Kosten nach Satz 1 und 2 einer zugelassenen Pflegeeinrichtung am Ort oder der nächsten Umgebung beihilfefähig. Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim sind die Aufwendungen der vollstationären Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87 a Absatz 1 Satz 5 und 6 Elftes Buch Sozialgesetzbuch vorliegen.

(7) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, wird in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 4 Absatz 3 und 4 sowie § 15 sind hierbei nicht anzuwenden.

(8) Aufwendungen für Hilfsmittel zur Linderung von Beschwerden, zur Erleichterung der Pflege oder der selbstständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen sind nach Maßgabe des § 5 Absatz 1 Nr. 9 beihilfefähig. Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können entsprechend § 40 Absatz 4 und 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch als beihilfefähig anerkannt werden, soweit die Pflegeversicherung zu diesen Aufwendungen Leistungen erbringt. Die Beihilfefestsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund entsprechender Zuschussbescheide der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung.

(9) Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe entstehen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund stehen (§ 71 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch), sind beihilfefähig in Höhe der in § 43a Elftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Beträge. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen richtet sich nach § 87 b Elftes Buch Sozialgesetzbuch. Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erbringen, können Beihilfen entsprechend § 87 a Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erhalten, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Die Zahlung erfolgt entsprechend dem Beihilfebemessungssatz des Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Entscheidung der Pflegeversicherung.

(10) Die Beihilfefestsetzungsstelle entscheidet über die Pflegebedürftigkeit und die Beihilfe auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten und der sozialen Pflegeversicherung ist die von der Versicherung festgestellte Pflegestufe auch für die Beihilfe zugrunde zu legen. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Kostenanteile für die Erstellung eines Gutachtens werden nicht erstattet. Die Beihilfe wird ab Beginn

---

des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe bei der Beihilfefestsetzungsstelle oder der Pflegeversicherung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(11) Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45 a Elftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten Beihilfe für Aufwendungen zusätzlicher Betreuungsleistungen in entsprechender Anwendung des § 45 b Elftes Buch Sozialgesetzbuch bis zur Höhe von 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Beihilfe maßgebend. Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig. Der monatliche Höchstbetrag kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird der für das jeweilige Kalenderjahr zustehende beihilfefähige Jahreshöchstbetrag nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

## **AV zu § 6**

### Zu Absatz 1

1. Die Beihilfefähigkeit umfasst die wegen dauernder Pflegebedürftigkeit bei einer häuslichen, teilstationären oder vollstationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 beihilfefähig. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, sind die jeweiligen Höchstsätze entsprechend zu mindern.
2. Im Rahmen des Anspruchs auf Pflegeberatung nach Absatz 1 Satz 2 sind auch Aufwendungen für Schulungskurse nach Maßgabe des § 45 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

### Zu Absatz 2

1. a) Krankheiten oder Behinderungen sind
  - Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
  - Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
  - Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- b) Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen und vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Be-

---

aufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden, gleichaltrigen Kind maßgebend.

- c) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
  - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
  - im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
  - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

2. Die Höhe der Beihilfeleistungen ist abhängig von den folgenden drei Pflegestufen:

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder bei Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Zu Absatz 3

1. Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die

- bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen oder
- von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
- von der Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung angestellt sind.

Geeignete Pflegekräfte sind auch Einzelpersonen, wenn sie die Anforderungen der Pflegedienste erfüllen.

- 
2. Ein Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege besteht dann, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder der Nachtpflege und zurück.
  3. Eine Notlage aufgrund zwingend notwendiger Aufwendungen liegt nur vor, wenn die Bezüge des Beamten und seiner versorgungsberechtigten Hinterbliebenen nicht ausreichen, die Aufwendungen zu decken und sie sonst auf die Leistungen der Sozialhilfe angewiesen wären.

#### Zu Absatz 4

- 1.1 Zeiten, für die Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, §§ 7 und 8 oder Absatz 6 für den Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gezahlt. Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) oder einer Sanatoriumsbehandlung (§ 7). Die zeitweise Abwesenheit des Pflegebedürftigen tagsüber wegen des Besuchs eines Kindergartens, einer Schule, einer Werkstatt für Behinderte oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung steht der Zahlung der Pauschalbeihilfe nicht entgegen. Dies gilt auch bei Erwerbstätigkeit von Pflegepersonen, wenn die häusliche Pflege insgesamt sichergestellt bleibt. Für Pflegepersonen sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 44 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. Die Beiträge sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe c Sechstes Buch Sozialgesetzbuch von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung legt der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger fest.
- 1.2 Die Beschäftigung und Betreuung, z. B. in einer Werkstatt für Behinderte, ist keine Pflege im Sinne der BhVO. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind deshalb nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrtkosten).
2. Leistungen nach § 64 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (Pflegegeld) stehen einer Zahlung der Pauschalbeihilfe nicht entgegen. Entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind insbesondere solche nach § 35 Bundesversorgungsgesetz, § 34 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes. Sozialleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch sind grundsätzlich nachrangig gegenüber sonstigen zustehenden Leistungen. Die Gewährung der Beihilfe darf nicht mit Hinweis auf diese Leistungen versagt werden, § 2 Abs. 2 Satz 2 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch. Gegenüber der Pauschalbeihilfe sind Entschädigungsleistungen nach § 35 Bundesversorgungsgesetz vorrangig und Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c Bundesversorgungsgesetz nachrangig.
3. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürft-

---

tigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

4. Wird die Pflege teilweise durch geeignete Pflegekräfte (Abs. 3) oder durch andere Pflegepersonen (Abs. 4) erbracht, wird die Beihilfe anteilig gewährt. Dabei wird die Pauschalbeihilfe um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Leistungen nach Absatz 3 in Anspruch genommen hat. Als Nachweis für die erbrachte Pflege durch andere Pflegepersonen reicht eine formlose Bescheinigung dieser Pflegeperson aus.
5. Beschäftigte haben nach § 3 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit nach § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn sie Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige pflegen. Auf Beamtinnen und Beamte als Pflegende ist das Pflegezeitgesetz nicht anzuwenden.

## 5.1 Allgemeines

### 5.1.1 Pflegezeit

Mit Artikel 3 des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S.874/896) ist durch das Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG) die Möglichkeit geschaffen worden, dass ab 1. Juli 2008 Beschäftigte, die nahe Angehörige (§ 7 Abs. 3 PflegeZG) im häuslichen Umfeld pflegen, mit ihrem Arbeitgeber eine unbezahlte Freistellung von der Arbeit bis zu einer Dauer von insgesamt 6 Monaten (ggf. aufgeteilt auf mehrere Zeiträume) mit einer Rückkehrmöglichkeit vereinbaren können („Pflegezeit“). Soweit bei dem Arbeitgeber mehr als 15 Personen beschäftigt sind, besteht ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit. Weitere Einzelheiten ergeben sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit vom 1. Juli 2008. Dieses Schreiben kann im Internet abgerufen werden unter

[http://www.arbeitsagentur.de/nn\\_25646/Navigation/zentral/Buerger/Arbeitslos/Alg/Krankheit-Urlaub/Krankheit-Urlaub-Nav.html](http://www.arbeitsagentur.de/nn_25646/Navigation/zentral/Buerger/Arbeitslos/Alg/Krankheit-Urlaub/Krankheit-Urlaub-Nav.html),

<http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A07-Geldleistung/A074-Sozialversicherung/Publikation/pdf/Rundschreiben-zur-Pflege-07-2008.pdf>

### 5.1.2 Arbeitslosenversicherung, Kranken- und Pflegeversicherung

Während der Pflegezeit sind die nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes freigestellten Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer nach den in § 26 Abs. 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen in der Arbeitslosenversicherung pflichtversichert und haben einen Anspruch auf einen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung (§ 44a Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Soweit Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe haben oder berücksichtigungsfähige Angehörige sind, werden die

---

Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und der Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag von der Pflegeversicherung bzw. den Pflegekassen und den Beihilfefestsetzungsstellen anteilig gezahlt.

## 5.2 Abführung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung

### 5.2.1 Mitteilungsverfahren

Zur Ermittlung der Beiträge werden den Beihilfefestsetzungsstellen von den Pflegekassen bzw. den privaten Pflegeversicherungsunternehmen spätestens am Ende der Pflegezeit folgende Informationen übermittelt (vgl. Abschnitt V Nr. 2 und Anlage 4 des gemeinsamen Rundschreibens):

- Familien- und Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Pflegebedürftigen,
- Familienname, Vorname und Geburtsdatum und Anschrift der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt (arbeitslosenversicherungspflichtige Pflegeperson),
- die Rentenversicherungsnummer der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt (soweit bekannt),
- Beginn und Ende der Beitragspflicht sowie Rechtskreiskennzeichnung („Ost“ oder „West“),
- Angaben zum Beihilfeberechtigten, falls der Pflegebedürftige keinen eigenen Beihilfeanspruch hat.

Eine Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge durch die Beihilfefestsetzungsstelle ergibt sich erst nach Erhalt dieser Mitteilung.

### 5.2.2 Beiträge

Soweit Änderungen in der Sozialversicherung erfolgen, treten an Stelle der genannten Rechengrößen, Beitragssätze usw. die für den jeweiligen Zeitraum geltenden.

#### 5.2.2.1 Fälligkeit

Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung erfolgt als Gesamtbeitrag für das Kalenderjahr (Beitragsjahr), in dem eine Person Pflegezeit in Anspruch genommen hat (§ 349 Abs. 5 Satz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). Die Beiträge sind auf Grund der Mitteilungen (Nr. 5.2.1) unabhängig von der Stellung eines Beihilfeantrages im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt (erste Fälligkeit somit zum 31. März 2009). Dabei sind eventuelle Überzahlungen oder Minderzahlungen aus vorherigen Beitragsjahren auszugleichen. Geht für das abzurechnende Beitragsjahr die Mitteilung bei der Beihilfefestsetzungsstelle bis zum 28. Februar bzw. 29. Februar des Folgejahres ein, sind die Beiträge für die darin genannten Personen mit dem auf das abzurechnende Beitragsjahr entfallenden Beitrag zum 31. März desselben Jahres fällig. Geht die Mitteilung dagegen nach

---

dem 28. Februar bzw. 29. Februar ein, können die Beiträge mit dem Gesamtbeitrag des Folgejahres gezahlt werden.

Beispiel:

Eingang der Mitteilung	15.2.2009
Beitragspflicht vom	1.8.2008 bis 31.1.2009

Die Beiträge für die Zeit vom 1.8. bis 31.12.2008 sind in die spätestens am 31.3.2009 fällige Beitragszahlung einzubeziehen; der Beitrag für Januar 2009 ist bei der bis Ende März 2010 fälligen Beitragszahlung zu berücksichtigen.

#### 5.2.2.2 Beitragshöhe

Nach § 345 Nr. 8 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch betragen die beitragspflichtigen „Einnahmen“ bei Personen in der Pflegezeit 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße in der Sozialversicherung (§ 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch). Wird die Pfl egetätigkeit im Beitrittsgebiet ausgeübt, ist die dort geltende Bezugsgröße (Bezugsgröße [Ost], § 18 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) maßgebend. Der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt der Pflegeperson ist in diesem Zusammenhang unbeachtlich.

Ausgehend von der geltenden Bezugsgröße im Kalenderjahr 2008 in Höhe von 2.485,-- Euro (West) bzw. 2.100,— Euro (Ost), betragen die beitragspflichtigen Einnahmen 248,50 Euro (West) bzw. 210,- Euro (Ost) monatlich.

Die Beiträge werden nach einem Prozentsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben. Maßgebend ist der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung, der in dem Zeitraum gilt, für den die Freistellung von der Arbeitsleistung nach dem Pflegezeitgesetz wirksam ist. Im Kalenderjahr 2008 beträgt der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung 3,3 v. H. Daraus errechnet sich für das Jahr 2008 ein monatlicher Gesamtbeitrag in Höhe von 8,20 Euro (West) bzw. 6,93 Euro (Ost).

#### 5.2.2.3 Zahlung der Beiträge

Der Gesamtbeitrag ist auf das Konto der Bundesagentur für Arbeit Nr. 760 016 00 bei der Deutschen Bundesbank, Filiale Nürnberg, BLZ 760 000 00 zu überweisen. Eine Trennung nach den Rechtskreisen „Ost“ und „West“ ist nicht erforderlich. Die in den Überweisungsbeleg zu übernehmenden Angaben ergeben sich aus Abschnitt III Nr. 4.1 des Gemeinsamen Rundschreibens.

Zur „Betriebsnummer“ der zahlenden Stelle wird darauf hingewiesen, dass sie auch für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen erforderlich ist. Sofern die Betriebsnummer nicht bereits vorhanden ist, muss sie bei der örtlichen Agentur für Arbeit, in deren Bezirk die Beihilfefestsetzungsstelle liegt, beantragt werden. Nähere Informationen sind unter der Internetadresse [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) einzusehen.

---

## 5.3 Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag

### 5.3.1 Anspruchsgrundlagen

Nach § 44 a Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch haben Personen während der Pflegezeit einen Anspruch auf Zuschuss zu ihren Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen. Der Zuschuss wird gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, für eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist.

### 5.3.2 Höhe der Zuschüsse

Die Höhe des Zuschusses für die Krankenversicherung ergibt sich bis zum 31.12.2008

- für gesetzlich Krankenversicherte aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zuzüglich 0,9% Punkte mit dem 30sten Teil der monatlichen Bezugsgröße (= 828,33 Euro). Bei Zweifeln kann der Beitragssatz durch Rückfrage bei der Krankenkasse oder im Internet (z.B. unter [www.krankenkassentarife.de](http://www.krankenkassentarife.de)) ermittelt werden,

- für nicht gesetzlich Krankenversicherte und für Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenkassen aus der Multiplikation des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes (14,0%) zuzüglich 0,9%-Punkte mit dem 30sten Teil der monatlichen Bezugsgröße (828,33 Euro) und beträgt somit 123,42 Euro monatlich.

Ab 1. Januar 2009 wird der Zuschuss für die Krankenversicherung aus der Multiplikation des bundeseinheitlichen Beitragssatzes mit dem 30sten Teil der monatlichen Bezugsgröße errechnet.

Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung errechnet sich aus der Multiplikation des Beitragssatzes von 1,95 % zuzüglich gegebenenfalls des Zuschlags für Kinderlose von 0,25 % (nur bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung) mit dem 30sten Teil der monatlichen Bezugsgröße (828,33 Euro) und beträgt 16,15 Euro bzw. 18,22 Euro monatlich.

Der Zuschuss darf nicht höher sein als der gezahlte Beitrag.

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind durch entsprechende Bescheinigungen der Kranken- bzw. Pflegekassen und der Unternehmen der privaten Krankenversicherung nachzuweisen.

---

### 5.3.3 Antragstellung

Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind unverzüglich der für die pflegebedürftige Person zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle mitzuteilen.

## 5.4 Verfahrensregelungen

### 5.4.1 Zuständigkeit

Die Abführung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge sowie die Auszahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt durch die für die pflegebedürftige Person zuständige Beihilfefestsetzungsstelle.

### 5.4.2 Aufbewahrung

Die Unterlagen über die Zahlung von Arbeitslosenversicherungsbeiträgen und Zuschüssen zur Kranken- und Pflegeversicherung sind fünf Jahre aufzubewahren.

#### Zu Absatz 5

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vorher mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

#### Zu Absatz 6

1. Angemessen sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung nach Maßgabe des § 43 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der dort festgelegten Beträge.
2. Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch eine zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch).
3. Werden in den Fällen des Satzes 2 die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.

Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch genannte Aufwendungen.

- 
4. Betten- und Platzfreihaltegebühren, die durch die Unterbrechung wegen Krankheit des Pflegebedürftigen erhoben werden, sind beihilfefähig. Dies gilt auch für die Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Pflegebedürftigen liegenden Grund bis zu 30 Kalendertagen jährlich.
  5. Das Einkommen ist vom Beihilfeberechtigten unter Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen:
    - 5.1 Dienstbezüge im Sinne dieser Vorschrift sind die in § 1 Abs. 2 des durch Gesetz vom 1. Oktober 2008 (Amtsbl. S. 1755) in Landesrecht übergeleiteten Bundesbesoldungsgesetzes genannten Bruttobezüge; Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes genannten Bruttobezüge. Unfallausgleich nach § 35 Beamtenversorgungsgesetz, Unfallentschädigung nach § 43 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch bleiben unberücksichtigt. Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verwendungseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehreren Versorgungsbezügen oder den in Satz 3 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- oder Versorgungsbezüge zugrunde zu legen.
    - 5.2 Renten sind mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen; dies ist bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses und vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.
    - 5.3 Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten bleiben außer Ansatz.
    - 5.4 Ist der Ehegatte berufstätig, kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Einkommensgrenze überschritten wird. Soweit der Beihilfeberechtigte nachweist, dass beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbständigen oder nichtselbständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. Bei monatlichen schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten zwölf Monate für die Ermittlung des Eigenanteils zu berücksichtigen.
  6. Erfolgt die Pflege nicht im gesamten Kalendermonat, ist der Eigenanteil nach Satz 2 entsprechend zu mindern, dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.
  7. Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; § 15 findet insoweit keine Anwendung.

---

#### Zu Absatz 8

Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können entsprechend § 40 Elftes Buch Sozialgesetzbuch als beihilfefähig anerkannt werden. Bei diesen Maßnahmen handelt es sich um technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall eine häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. In Pflegefällen kann die rein beihilferechtliche Würdigung einer Maßnahme nach Satz 1 hinter eine in der Pflegeversicherung bestehende Wertung zurücktreten, § 6 Abs. 8 Satz 2 und 3 .

#### Zu Absatz 10

Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist über den Widerspruch zu entscheiden.

---

## **§ 6a**

### **Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen**

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. Darüber hinaus können Leistungen nach § 6 erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

#### **AV zu § 6 a**

1. Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, d.h. leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben.
  
2. In Ausnahmefällen können die Aufwendungen bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist.

---

## § 7

### Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsaufenthalt

(1) Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Sanatorium sowie die Auslagen für Kurtaxe und die Kosten des ärztlichen Schlussberichts sind neben Aufwendungen nach § 5 Absatz 1 Nummern 1, 6, 8 und 11 nur dann beihilfefähig, wenn

1. ein amts- oder vertrauensärztliches Zeugnis darüber vorgelegt wird, dass die Sanatoriumsbehandlung dringend notwendig ist und nicht durch stationäre Behandlung in einer anderen Krankenanstalt oder durch eine Heilkur mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist, und
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird. In dringenden Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist, ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen.

(2) Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung oder, wenn bei schwerer chronischer Erkrankung aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist, sowie in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist.

(3) Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung sind für höchstens drei Wochen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes und die Kurtaxe sind für Begleitpersonen von Schwerbehinderten beihilfefähig, für die die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist. Voraussetzung ist, dass nach vorheriger Bestätigung des Sanatoriums eine Sanatoriumsbehandlung ohne Begleitperson nicht hätte durchgeführt werden können.

(4) Ein Sanatorium im Sinne dieser Vorschrift ist eine Krankenanstalt,

1. die die zur Durchführung einer besonderen Heilbehandlung erforderlichen Einrichtungen und Pflegepersonen besitzt,
2. in der die Behandlung durch einen dafür vorgebildeten Arzt geregelt und überwacht wird und
3. die der Aufsicht des zuständigen Gesundheitsamtes untersteht (§ 12 Absatz 1 Nr. 1 und 2 ÖGDG; vgl. hierzu das vom Statistischen Bundesamt herausgegebene Verzeichnis der Krankenanstalten).

---

## AV zu § 7

### Zu Absatz 1

1. Liegt ein Zeugnis eines Vertrauensarztes der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherungsträger vor, welches die nach § 7 erforderlichen Feststellungen enthält, kann von der Einholung des Zeugnisses eines Amtsarztes oder eines von der Festsetzungsstelle bestimmten Vertrauensarztes abgesehen werden.
2. Wird die Anerkennung für eine Sanatoriumsbehandlung versagt oder ist ein Anerkennungsbescheid nicht eingeholt oder abgewartet worden, so können die durch die planmäßige Heilbehandlung im Sanatorium entstandenen Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 6 und 8 im Rahmen des § 4 Abs. 1 Nr. 1 als beihilfefähig anerkannt werden.
3. Der ärztliche Schlussbericht soll bestätigen, dass die Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist und damit die Voraussetzungen für die Beihilfegewährung für die Aufwendungen der Sanatoriumsbehandlung gegeben sind. Über diese Bestätigung hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

### Zu Absatz 3

1. Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung können nicht als beihilfefähig anerkannt werden, wenn der Behandelte nicht im Sanatorium selbst untergebracht ist und nicht ständig unter ärztlicher Aufsicht steht.
2. Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung zählen auch die rechnungsmäßig nachgewiesenen Bedienungsgelder und Heizungszuschläge; Trinkgelder bleiben unberücksichtigt.
3. Bei Sanatoriumsbehandlungen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen. Ist im Einzelfall aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend erforderlich, sind die Aufwendungen als beihilfefähig anzuerkennen, insbesondere wenn
  - wegen schwerwiegenden psychologischen Gründen eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson den Erfolg der Sanatoriumsbehandlung gefährden würde,
  - die behandelte Person einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, z.B. bei Blindheit oder
  - während der Sanatoriumsbehandlung eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.
4. Bei der Ermittlung der beihilfefähigen Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson ist der beihilfefähige niedrigste Satz für Behandelte zugrunde zu legen; die Fahrtkosten der Begleitperson sind unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 beihilfefähig.

---

## § 8 Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkuren

(1) Für die nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 Beihilfeberechtigten mit Dienst- oder Anwärterbezügen werden Beihilfen gewährt zu den Aufwendungen für eine planmäßige Heilkur unter ärztlicher Leitung in einem inländischen Mineral-, Moor- oder Seeheilbad oder in einem für Klimaheilkuren oder Kneippheilkuren geeigneten Ort, wenn diese in dem vom Bundesministerium des Innern auf Grund von Vorschlägen der Länder herausgegebenen Verzeichnis enthalten sind. Beihilfefähig sind Aufwendungen für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage; Voraussetzung ist, dass die nach § 17 Absatz 1 zuständige Stelle auf Grund des Zeugnisses eines Amtsarztes oder eines von ihr bezeichneten Vertrauensarztes vor Beginn der Kur anerkannt hat, dass sie als Heilmaßnahme zur Erhaltung der Dienstfähigkeit notwendig ist und der gleiche Heilerfolg durch eine andere Behandlungsweise am Wohnort oder in nächster Umgebung nicht erwartet werden kann. Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(2) Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer Heilkur ist nicht zulässig,

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist; eine Beschäftigung gilt als nicht unterbrochen während eines Erziehungsurlaubs und der Beurlaubung nach § 95 SBG,
2. nach Stellung des Antrages auf Entlassung,
3. 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,
4. solange der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist,
5. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt worden ist, es sei denn, die Heilkur ist aus zwingenden medizinischen Gründen bei einer schweren chronischen Erkrankung oder nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung notwendig.

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kann zurückgenommen werden, wenn vor Gewährung der Beihilfe bekannt wird, dass das Dienstverhältnis des Beihilfeberechtigten vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur endet.

(2a) Bei Anwendung des Absatzes 2 Nummer 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.

---

(3) Beihilfen für Nachkuren werden nicht gewährt; Heilkuren in den Seeheilbädern sind nur beihilfefähig, wenn sie außerhalb der Zeit vom 15. Juni bis 15. September durchgeführt werden.

(4) Beihilfefähig sind neben Aufwendungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 1, 6, 8 und 11 die Kosten für

1. die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson, und den ärztlichen Schlussbericht,
2. Unterkunft und Verpflegung bis zum Betrag von 10 Euro täglich, bei schwerbehinderten Beihilfeberechtigten, für die die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson bis zum Betrag von 7 Euro täglich.

(5) Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer anderen nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als gleichwertig anerkannten Einrichtung sind für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig. Die Absätze 1 bis 4 gelten sinngemäß. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen.

## **AV zu § 8**

Zu Absatz 1

1. Aufwendungen für Heilkuren sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur anerkannt hat. Eine nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist in jedem Falle ausgeschlossen. AV Nummer 1 zu § 7 Abs. 1 gilt entsprechend.

Zu Absatz 2

1. Als maßgebender Zeitpunkt im Sinne der Nummer 3 gilt nicht der Zeitpunkt der Antragstellung, sondern der Zeitraum, in dem die Heilkur durchgeführt wird. Die Antragsteller sind in der Bewilligungsverfügung hierauf hinzuweisen.
2. Dienstbeschädigung ist jede Krankheit oder sonstige Beschädigung, die sich der Beihilfeberechtigte bei Ausübung oder aus Veranlassung des Dienstes zugezogen hat. Eine Verletzung durch Dienstunfall ist keine Dienstbeschädigung im Sinne von Absatz 2 Nr. 3, da in diesem Fall ein Heilverfahren nach den einschlägigen Vorschriften des Beamtenversorgungsrechts gewährt wird; § 4 Abs. 4 findet Anwendung.

Zu Absatz 4

1. AV Nummer 2 und 3 zu § 7 Abs. 1 gelten entsprechend.
2. Für die Beantragung einer Beihilfe ist § 17 Abs. 3 zu beachten.

---

#### Zu Absatz 5

1. Maßnahmen nach Absatz 5 können auch für beihilfeberechtigte Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige als beihilfefähig anerkannt werden.
2. Die Bewilligung der Maßnahme, die grundsätzlich stationär durchgeführt wird, setzt voraus, dass die Kurbedürftigkeit der Mutter oder des Vaters im Sinne der medizinischen Notwendigkeit amts- oder vertrauensärztlich bestätigt ist.
3. Für Kinder, die in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn ihre Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist. Dies kann beispielsweise der Fall sein bei einer unzumutbaren Trennung des Kindes von Mutter oder Vater wegen der familiären Verhältnisse oder wegen des Alters des Kindes, weil es sonst nicht versorgt werden könnte. Aufwendungen für das Kind sind der aufgenommenen Mutter oder dem aufgenommenen Vater zuzurechnen.
4. Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter- oder Vater-Kind-Kur. In diesem Fall kann eine Maßnahme nach § 7 für das Kind beihilfefähig sein.
5. Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zwischen der Einrichtung und einer gesetzlichen Krankenkasse besteht. Sofern in pauschalen Tagessätzen abgerechnet wird, sind auch die Aufwendungen eines nicht behandlungsbedürftigen Kindes in voller Höhe beihilfefähig.

---

## § 9

### Beihilfefähige Aufwendungen bei zahnärztlichen Leistungen

(1) Neben Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind die gemäß § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert in Rechnung gestellten Kosten beihilfefähig. Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nummer 213 bis 232 sowie den Abschnitten F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind zur Hälfte beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Absatz 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden.

(2) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

(3) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen nach Maßgabe der folgenden Sätze beihilfefähig. Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer sind nur beihilfefähig bei Einzelzahnlücken, bei Frendlücken, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen, oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen. Aufwendungen für mehr als vier Implantate pro Kiefer sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Dem Antrag auf Erstattung von Aufwendungen für implantologische Leistungen ist ein Zahnschema beizufügen.

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

### AV zu § 9

1. Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne beihilfefähig.
2. Zu den Aufwendungen für zahntechnische Leistungen gehören
  - Aufwendungen für Gebühren nach § 4 Abs. 3 Satz 1 GOZ für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten und
  - Material- und Laborkosten als Auslagen für zahntechnische Leistungen

---

nach § 9 GOZ.

Wenn der auf diese Aufwendungen entfallende Anteil nicht nachgewiesen ist, kann die Hälfte des Gesamtrechnungsbetrages angesetzt werden. Dies gilt auch, wenn eine eindeutige Zuordnung aus der Abrechnung nicht möglich ist.

3. Aufwendungen für Leistungen nach Nr. 619, 620 und 624 des Gebührenverzeichnisses der GOZ setzen keine kieferorthopädische Behandlung voraus. Für diese Leistungen ist kein Heil- und Kostenplan notwendig.
4. Für kieferorthopädische Behandlungen können quartalsmäßige Zwischenrechnungen, die aufgrund der nach dem Heil- und Kostenplan tatsächlich erbrachten Leistungen erstellt wurden, als beihilfefähig anerkannt werden. Diese Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung.
5. Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ auch Aufwendungen für erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (z.B. Knochenaufbau) nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ und nach der GOZ erfasst. Sind bei einer Behandlung nicht alle Implantate beihilfefähig, so sind die beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich der zahntechnischen Leistungen (Nr. 2 Satz 1) insoweit entsprechend dem Verhältnis der Zahl der beihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate zu ermitteln, wenn eine eindeutige Zuordnung aus der Abrechnung nicht möglich ist. Von bereits vorhandenen Implantaten sind nur diejenigen anzurechnen, die ganz oder teilweise aus Beihilfeleistungen finanziert sind.
6. Aufwendungen für besondere individuelle Zahngestaltung, Charakterisierung, besondere Farbauswahl und Farbgebung, Bemalen sowie Bleaching sind grundsätzlich nicht beihilfefähig.

## Nichtamtliche Übersicht zu Implantatversorgungen

Bis zu zwei Implantate pro Kiefer sind ohne Vorliegen einer Indikation beihilfefähig! **Für mehr als zwei und bis zu maximal vier Implantate pro Kiefer gelten nachstehende Voraussetzungen!**

### Einzelzahnimplantat

Die benachbarten Zähne müssen intakt und nicht überkronungsbedürftig sind.

- Vorhandene erhaltungswürdige Überkronungen auf Nachbarzähnen sind unschädlich und gelten als intakte Zähne.
- "Intakt" bedeutet, dass ein Zahn seine natürliche Funktion ohne größere Restauration erfüllen können muss. Dieser Zustand muss im Zeitpunkt der Einbringung des Implantates erfüllt sein. Bei einem **wurzelbehandeltem Zahn handelt es sich nicht um einen intakten Zahn**. Dieser Zahn lebt nicht mehr mit der Folge, dass er auch nicht als intakt eingestuft werden kann.
- Maßgebend ist der Zahnbefund vor dem Einbringen des Zahnimplantates.
- Zahn 7 nicht anerkennungsfähig, wenn Zahn 8 fehlt oder nicht angelegt

### Freiendlücke

Eine Freiendlücke liegt vor, wenn mindestens die Zähne 7 und 8 fehlen

Zahnlücke ist nach einer Seite offen d.h. Zahnreihe endet spätestens bei Zahn 6

### Totalprothesen

Zur Fixierung eines zahnlosen Kiefers

Ein Kiefer kann nach der Rechtsprechung auch schon als zahnlos gelten, wenn noch einzelne Zähne vorhanden sind, die keine haltende Funktion mehr im Gebiss innehaben können. Der Einzelfall ist maßgebend!

### Abrechnung von Implantaten bei Überschreitung der Obergrenzen

- die die Obergrenze übersteigende Anzahl von Implantaten ist herauszurechnen (Honorar und Labor )
- weitere Versorgung der implantierten Zähne mit Kronen und Brücken wird anerkannt
- Kosten einer nicht durchgeführten Alternativversorgung ohne Implantate sind nicht abrechenbar.

### Abrechnung von Implantaten, wenn keine Indikation erfüllt ist

- Implantologische Maßnahmen und weitere Versorgung mit Brücken und Kronen sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen
- Völliger Ausschluss aus Fürsorgegründe nicht vertretbar (vergleichbar der Situation, wenn Kontaktlinsen ohne Indikation beschafft werden; dann erfolgt eine Anerkennung bis zur Höhe der Kosten einer Brille)
- Aus pragmatischer Sicht gerechtfertigt, nur die Kosten der Implantierung unberücksichtigt zu lassen. Demnach Kronen und Brücken auf diesen Implantaten abrechenbar.

---

## **§ 10**

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsvorsorge**

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen bei

1. 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. Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch zwölf Monate vor oder nach dem Zeitintervall durchgeführt werden kann,
3. Frauen vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
5. Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an in jedem zweiten Jahr die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit

nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Nummer 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte.

### **AV zu § 10**

1. Für die Früherkennung von Krankheiten gelten die Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen
  - a) über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern in der Fassung vom 26.04.1976 (Bundesarbeitsblatt 1/1977 S. 32),
  - b) über die Früherkennung von Krebserkrankungen in der Fassung vom 26.04.1976 (Bundesarbeitsblatt 1/1977 S. 32),
  - c) über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krank-

---

heiten vom 24.08.1989 (Bundesarbeitsblatt 10/1989 S. 44),

d) zur Jugendgesundheitsuntersuchung vom 26.06.1998 (Bundesanzeiger S. 12 723),

in der jeweils geltenden Fassung.

2. Im Rahmen der Krebsvorsorge sind Aufwendungen für Früherkennungsprogramme bei Frauen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko in folgendem Umfang als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Untersuchungen in einem von der Deutschen Krebshilfe zugelassenen Zentrum durchgeführt wurden:

a) Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

Beihilfefähig ist eine einmalige Pauschale in Höhe von 700 Euro pro Familie. Diese umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung, die Mitteilung des Genbefundes und die Beratung weiterer Familienmitglieder. Die Kosten werden der ratsuchenden Frau zugeordnet.

b) Genanalyse

Die Genanalyse wird bei den Indexfällen (Erkrankte) durchgeführt. Dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Frau zugerechnet werden. Dies ist dann der Fall, wenn sich aus der Genanalyse Therapieoptionen für die Indexpatientin ableiten lassen, hierbei handelt es sich um Aufwendungen aus Anlass einer Erkrankung nach § 5. Beihilfefähig ist eine Pauschale für eine an Brust- und/oder Eierstockkrebs Erkrankte (Indexfall) in Höhe von 5.900 Euro.

Die Pauschale für eine Gesunde, die nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird (prädiktiver Test), beträgt 360 Euro. Ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexpatientin mehr ableiten lassen, die Genanalyse also keinen diagnostischen Charakter hat. Die Kosten der darstellenden Genanalyse der Indexpatientin werden der gesunden Frau (Verwandte) zugeordnet. Ihr werden auch die Kosten für die gesamte (diagnostische und prädiktive) Genanalyse zugeordnet, wenn sich aus der Genanalyse keine Therapieoptionen mehr für die Indexpatientin ableiten lassen oder die Indexpatientin kein Interesse an der Genanalyse hat. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme nachzuweisen.

c) Früherkennungsverfahren

Beihilfefähig ist eine Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm in Höhe von 580 Euro einmal pro Jahr. Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen. Die Kosten werden jeweils der am strukturierten Früherkennungsprogramm teilnehmenden Person als Aufwendungen im Sinne des § 10 zugeordnet.

Zugelassene Zentren sind:

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

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

3. Aufwendungen für eine telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) sind beihilfefähig, wenn bereits eine schwerwiegende Erkrankung besteht. Als reine Vorbeugung, z.B. auf Grund kritischer Laborwerte, sind die Maßnahmen nicht beihilfefähig. Bei der Prüfung der Angemessenheit ist die Wirtschaftlichkeit des Telemonitoring mit zu berücksichtigen. Das Vermeiden von anderweitig möglicherweise anfallenden Kosten stellt auch hier alleine keinen maßgebenden Grund für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen dar.

Vor diesem Hintergrund können insbesondere Aufwendungen für ein Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (z.B. Modell Paxiva/ PHTS) als beihilfefähig anerkannt werden. Aufwendungen im Zusammenhang mit projektbezogenen Studien, die noch nicht abgeschlossen sind, sind nicht beihilfefähig.

---

## **§ 11**

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation**

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

1. für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen,
2. aus Anlass eines beabsichtigten Schwangerschaftsabbruchs für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft,
3. für die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch oder eine nicht rechtswidrige Sterilisation.

(2) Aus Anlass eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs oder einer nicht rechtswidrigen Sterilisation sind beihilfefähig die in § 5 Absatz 1 Nummer 1, 2, 5, 6, 11 und 12 bezeichneten Aufwendungen.

### **AV zu § 11**

Im Zusammenhang mit Absatz 1 Nr. 1 sind auch Aufwendungen für ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 beihilfefähig.

---

## **§ 12**

### **Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen**

Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten

1. für die Hebamme und den Entbindungspfleger im Rahmen der Gebührenordnung,
2. für die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,
3. für die vom Arzt, der Hebamme oder dem Entbindungspfleger verbrauchten Stoffe und Verbandmittel sowie die auf schriftliche ärztliche Verordnung beschafften Stoffe, wie Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen,
4. für die Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten; § 5 Absatz 1 Nummer 2 gilt entsprechend,
5. für eine Hauspflegerin bei Geburten (auch bei Fehl- und Totgeburten) in der Wohnung nur, wenn die Wöchnerin nicht bereits von einer Kraft nach § 5 Absatz 1 Nummer 4 gepflegt wird, für einen Zeitraum bis zu 14 Tagen, beginnend mit dem Tag der Geburt; § 5 Absatz 1 Nummer 4 Satz 3 ist anzuwenden,
6. für die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten; § 5 Absatz 1 Nummer 11 gilt entsprechend,
7. für die Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung.

Zu den Aufwendungen für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird bei Lebendgeburten eine Beihilfe in Höhe von 128 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind; bei Mehrlingsgeburten erhöht sich die Beihilfe entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend für Personen, die zur Ableistung des Grundwehrdienstes ohne Dienstbezüge oder Anwärterbezüge beurlaubt sind. Die Beihilfe wird auch gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind unter zwei Jahren als Kind annimmt, es sei denn, dass für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung bereits eine Beihilfe gewährt worden ist.

### **AV zu § 12**

- 1.1 Bei den Aufwendungen für die Schwangerschaftsüberwachung sind die notwendigen Maßnahmen der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde zu legen. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig. Beihilfefähig sind außerdem Aufwendungen für ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik.

- 
- 1.2 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z.B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist. Sie sind nach dem jeweiligen Gebührenrecht für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig.
  - 1.3 Leistungen, die in Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden, sind unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.
  - 1.4. Erfolgt die Hauspflege durch den Ehegatten oder die eingetragene Lebenspartnerin, Eltern oder Kinder der Wöchnerin, sind nur Fahrtkosten und nachgewiesenes ausgefallenes Arbeitseinkommen der Pflegeperson beihilfefähig.
  2. Eine Beihilfe zu den Aufwendungen für eine Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird ohne Nachweis der entstandenen Aufwendungen bei Vorlage der Geburtsurkunde gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen in Höhe von 128 Euro entstanden sind. Erreichen die Aufwendungen des Beihilfeberechtigten den Betrag von 128 Euro nicht, so wird eine Beihilfe in Höhe der entstandenen Aufwendungen gewährt. Für den Antrag ist § 17 Abs. 3 zu beachten.

---

## § 13

### Beihilfefähige außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

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

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

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

(3) Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinne der §§ 7 und 8 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn über die dort genannten Voraussetzungen hinaus vor Antritt der Reise

1. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland des Bundesministeriums des Innern aufgeführt oder in anderer Weise ersichtlich ist, dass die für die Durchführung von Heilkuren in der Bundesrepublik Deutschland vorgeschriebenen Qualitätsstandards erfüllt sind, die Voraussetzungen des § 8 vorliegen und
2. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

---

## AV zu § 13

1. Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tag der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird. Den Belegen über die Aufwendungen ist eine Übersetzung beizufügen, die bei Aufwendungen von mehr als 550 Euro auf Anforderung der Festsetzungsstelle zu beglaubigen ist. Bei privaten Krankenhäusern gilt § 5 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 entsprechend. Die behandelnde Person muss ein im Ausland zugelassener Arzt, Zahnarzt oder Angehöriger der Heilhilfsberufe im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 8 BhVO sein.
2. Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt als Wohnort
  - a) bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
  - b) bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienort.
3. Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Beihilferechtlich gilt die Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang als Sanatorium, soweit nicht im Einzelfall eine stationäre Krankenhausbehandlung (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) vorliegt und nachgewiesen wird. Bei einer Krankenhausbehandlung entfällt hier der Kostenvergleich nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2.
4. Bei der Beurteilung, ob die für die Durchführung von Heilkuren in der Bundesrepublik Deutschland vorgeschriebenen Qualitätsstandards erfüllt sind, soll auf Informationen des Europäischen Heilbäderverbandes zurückgegriffen werden.
- 5.1 Die in § 7 Abs. 4 BhVO aufgestellten Kriterien für Sanatoriumsaufenthalte gelten auch bei einem Aufenthalt im Ausland. Nach § 7 Abs. 4 Nr. 3 BhVO ist ein Sanatorium eine Krankenanstalt, die der Aufsicht des zuständigen Gesundheitsamtes untersteht, § 12 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst - Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG). Bei Sanatorien außerhalb des Geltungsbereiches dieser landesrechtlichen Norm ist sinngemäß die Aufsicht der jeweils zuständigen Gesundheitsbehörde nach den jeweils maßgebenden Vorschriften vorzusetzen. Dies gilt sowohl in den anderen Bundesländern, wie sich aus dem Verweis auf das Verzeichnis der Krankenanstalten des Statistischen Bundesamtes ergibt, als auch im Ausland.
- 5.2 Sinn und Zweck der Vorschrift ist es, die Beihilfefähigkeit des Aufenthaltes an eine behördliche Beaufsichtigung der Einrichtung zu binden. Dies ist bei der Beurteilung der Beihilfefähigkeit von der Festsetzungsstelle nach dem

---

Untersuchungsgrundsatz zu ermitteln, § 24 SVwVfG. Davon abgesehen können entsprechende Nachweise gegebenenfalls vom Sanatorium oder von den Beihilfeberechtigten angefordert werden. Im Übrigen besteht bei Zweifeln im Rahmen der Notwendigkeit und Angemessenheit die Möglichkeit, eine amtsärztliche Stellungnahme einzuholen.

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

---

## § 14 Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zur Höhe von 525 Euro, in Todesfällen von Kindern, sofern nach der Friedhofsordnung in diesen Fällen wesentlich geringere Kosten als bei einem Begräbnis Erwachsener entstehen, bis zur Höhe von 225,50 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm hierfür Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. Steht für den Sterbefall Sterbe- oder Bestattungsgeld auf Grund von Rechtsvorschriften beziehungsweise von arbeitsvertraglichen Vereinbarungen oder ein Schadenersatz von insgesamt mindestens 1.023 Euro zu, so beträgt die Beihilfe 307 Euro, in Sterbefällen von Kindern 205 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2.045 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt.

(2) Ferner sind die Aufwendungen beihilfefähig für die Überführung der Leiche oder Urne

1. bei einem Sterbefall im Inland

- a) vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle oder
- b) vom Sterbeort zum nächstgelegenen Krematorium und
- c) vom Krematorium zur Beisetzungsstelle,

in den Fällen a und c jedoch nur bis zur Höhe der Überführungskosten an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes;

2. bei einem Sterbefall im Ausland

- a) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten auf einer Dienstreise in entsprechender Anwendung der Nummer 1,
- b) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei privatem Aufenthalt im Ausland bis zur Höhe der Kosten einer Überführung von der deutschen Grenze zum Familienwohnsitz,
- c) eines im Ausland wohnenden Versorgungsempfängers, seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder der im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines im Inland wohnhaften Beihilfeberechtigten, höchstens die Kosten einer Überführung für eine Entfernung von fünfhundert Kilometern.

(3) Kann der Haushalt beim Tod des den Haushalt allein führenden Elternteils (§ 3 Absatz 1 Nummer 1 Buchstaben a und b) nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft bis zur Dauer von 6 Monaten bis zu der in § 5 Absatz 1 Nummer 5 genannten Höhe beihilfefähig, falls im Haushalt mindestens ein Kind unter 15

---

Jahren lebt. In Ausnahmefällen kann diese Frist von der Festsetzungsstelle auf 1 Jahr verlängert werden; § 5 Absatz 1 Nummer 4 Satz 3 und Nummer 5 Satz 5 und 6 gelten entsprechend; § 5 Absatz 1 Nummer 5 Satz 5 jedoch nur, soweit es sich um die Unterbringung von Kindern handelt.

## **AV zu § 14**

### Zu Absatz 1

1. Eine Beihilfe zu den Aufwendungen in Todesfällen in Höhe von 225,50 Euro bzw. 525 Euro ist ohne Nachweis der entstandenen Aufwendungen bei Vorlage der Sterbeurkunde zu gewähren, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 in dieser Höhe entstanden sind. Erreichen die beihilfefähigen Aufwendungen des Beihilfeberechtigten den Betrag von 225,50 Euro bzw. 525 Euro nicht, so wird eine Beihilfe in Höhe der entstandenen Aufwendungen gewährt.
  
2. Als Sterbegelder bzw. Bestattungsgelder aufgrund von Rechtsvorschriften kommen z. B. Sterbegelder nach dem Beamtenversorgungsrecht, dem Tarifrecht, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch sowie entsprechenden Vorschriften in Betracht.

### Zu Absatz 2

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

---

## § 15 Bemessung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe beträgt für Aufwendungen

1. des Beihilfeberechtigten nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 sowie für den entpflichteten Hochschullehrer 50 vom Hundert,
2. des Empfängers von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist, 70 vom Hundert,
3. des berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners 70 vom Hundert,
4. eines berücksichtigungsfähigen Kindes sowie einer Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, 80 vom Hundert

der beihilfefähigen Aufwendungen.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 der Bemessungssatz 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. Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. Auf Antrag beträgt der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Angehörige 80 vom Hundert, wenn der Beitragsaufwand für die beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 vom Hundert der Versorgungsbezüge übersteigt. Der Antrag ist nur für die Zukunft zulässig.

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

1. nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 12 Satz 1 Nummer 1 bis 6 als Aufwendungen der Mutter.

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

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe

---

nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte, zu deren Aufwendungen die gesetzliche Krankenversicherung eine entsprechende Kostenerstattung geleistet hat, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 vom Hundert der sich nach Anrechnung dieser Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 20,45 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird oder wenn sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes bemisst (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) und nicht gegenüber der Festsetzungsstelle nachgewiesen wird, dass ein beihilfekonformer Versicherungsschutz nicht oder nur zu einem Beitrag erlangt werden kann, der den vollen Beitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen würde.

(5) Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 2 Absatz 1 und § 3 Absatz 1 und 2 bezeichneten Personen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses in Höhe von mindestens 40,90 Euro monatlich gewährt wird, ermäßigt sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 vom Hundert. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

(6) Im Falle einer Leichenüberführung wird zu den angemessenen Kosten eine Beihilfe in Höhe von 100 vom Hundert gewährt, wenn der Tod während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich angeordneten Umzugs außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten ist.

(7) Die Festsetzungsstelle kann in besonderen Ausnahmefällen, in denen zur Beseitigung offensichtlicher Härten eine Ausnahmeregelung zwingend geboten erscheint, den zustehenden Bemessungssatz erhöhen.

## **AV zu § 15**

### **Zu Absatz 1**

1. Der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten erhöht sich auf 70 v. H., wenn und solange zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, erhält den höheren Bemessungssatz der Elternteil, den sie bestimmen. Der Umstand, wer den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages bezieht, ist hier unerheblich. Die Bestimmung ist durch gemeinsame Erklärung zu treffen. Solange sie nicht vorliegt, kann keiner der Beihilfeberechtigten den erhöhten Bemessungssatz erhalten. Die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden; als Ausnahmefall ist z. B. eine Ehescheidung anzusehen. Die Bestimmung gilt nur für die Dauer des Konkurrenztatbestandes.
  
- 2.1 Für eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach Satz 4 maßgebende Versorgungsbezüge sind die Bruttobezüge und die Sonderzahlung vor Anwendung von Kürzungs- und Ruhensregelungen. Beim Zusammentreffen mehrerer Versorgungsbezüge ist die Summe der gezahlten Bezüge maßgebend. Die Belastung errechnet sich in der Regel aus einer Gegenüberstellung des monatlichen Beitragsaufwands und der monatlichen Versorgungsbezüge

---

zum Zeitpunkt der Antragstellung.

- 2.2 Der Beitragsaufwand für die beihilfekonforme private Krankenversicherung umfasst auch den Beitrag zur gesetzlich vorgeschriebenen Pflegeversicherung. Da Krankenversicherungsbeiträge sich in der Regel steigend entwickeln, ist vom dauerhaften Fortbestand eines Belastungsfalles auszugehen. Eine zeitliche Begrenzung der Erhöhung ist daher grundsätzlich nicht festzusetzen. Die Beihilfestelle überprüft das Fortbestehen der Voraussetzungen in eigenem Ermessen (z.B. Höhe der Bezüge und der Beiträge, Wegfall eines Kindes im Familienzuschlag, Tod des Beihilfeberechtigten und damit einhergehende eigene Beihilfeberechtigung Hinterbliebener). Die Höhe des Krankenversicherungsbeitrages und der Versorgungsbezüge sind bei Antragstellung und zu Beginn eines jeden Kalenderjahres auf Anforderung der Beihilfestelle zu belegen. Soweit Versicherungsbeiträge über den beihilfekonformen Umfang hinausgehen, bleiben sie bei der Gegenüberstellung unberücksichtigt (z.B. Beiträge für die Versicherung von Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung, Beihilfeergänzungstarife). In Ausnahmefällen kann zur Vermeidung einer Notlage eine vorläufige Festsetzung und spätere Gegenüberstellung erfolgen.

#### Zu Absatz 3

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

---

schritten ist.

4. Absatz 3 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach § 6.

#### Zu Absatz 4

- 1.1 Der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche wie sie Pflichtversicherten gewährt werden, sind Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die freiwillig Versicherten in Höhe des Wertes einer an sich zustehenden Sachleistung gegebenenfalls nach Abzug eines Mengenrabatts, Unwirtschaftlichkeitsabschlags und dergleichen gezahlt werden. Maßgebend ist die volle Kostenerstattung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Anfallende spezielle Prämienzahlungen, Abschläge und Selbstbehalte auf Grund von Wahlтарifen nach § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die die Versicherten zu tragen haben, führen nicht zur Erhöhung der beihilfefähigen Aufwendungen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind in diesen Fällen in der Höhe anzurechnen, wie sie ohne den selbst gewählten Tarif den Versicherten zustehen würden.
- 1.2 Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag bleiben unberücksichtigt.
- 1.3 Keine Zuschüsse im Sinne dieser Vorschrift stellen Beitragserstattungen nach Elternzeitrecht dar.
2. Sofern die Voraussetzungen nach Nummer 1 erfüllt sind, findet Absatz 4 Satz 1 auch Anwendung für Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlungen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung hierzu nur für einzelne Aufwendungen Kostenanteile leistet.
3. Sind die Voraussetzungen nach Nummer 1 nicht erfüllt, richtet sich der Bemessungssatz nach Absatz 1; entsprechendes gilt für Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Kostenerstattung geleistet hat.
4. Der erforderliche Nachweis über die Beitragshöhe für eine beihilfekonforme Krankenversicherung oder die Nichtaufnahme ist durch Angebote von mindestens zwei privaten Krankenversicherungen zu führen. Die Angebote sollen zum Feststellungszeitpunkt nicht älter als sechs Monate sein. Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 v. H. der Aufwendungen ermöglicht.

#### Zu Absatz 5

- 1.1 Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes des Zuschussempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt der Entstehung der Aufwendungen.
- 1.2 Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag bleiben unberücksichtigt.

- 
- 1.3 Keine Zuschüsse im Sinne dieser Vorschrift stellen Beitragserstattungen nach Elternzeitrecht dar.

#### Zu Absatz 7

1. Von der auszahlenden Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem die Aufwendungen geltend gemacht werden, eine Kostendämpfungspauschale nach § 67 Abs. 4 bis 9 des Saarländischen Beamtengesetzes einbehalten.
- 1.1 In den Fällen des § 4 Abs. 9 Satz 2 ist die hierauf entfallende Beihilfe nicht um die Kostendämpfungspauschale zu kürzen.
- 1.2 Die Beihilfe ist auch dann in voller Höhe um die Kostendämpfungspauschale zu mindern, wenn die Beihilfeberechtigung im Laufe des Jahres beginnt oder endet.
- 2.1 Maßgebend für die Höhe der Kostendämpfungspauschale ist nach § 67 Abs. 6 des Saarländischen Beamtengesetzes der Ruhegehaltssatz (§14 Abs. 1 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 [Amtsbl. S. 1062] in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes). Abschläge nach § 14 Abs. 3 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 [Amtsbl. S. 1062] in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes vermindern das Ruhegehalt, nicht aber den Ruhegehaltssatz. Sie haben daher keinen Einfluss auf die Höhe der Kostendämpfungspauschale.
- 2.2 Erhält die beihilfeberechtigte Person Mindestversorgung nach § 14 Abs. 4 Satz 1 oder 2 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 [Amtsbl. S. 1062] in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes, fällt keine Kostendämpfungspauschale an.
- 2.3 In Fällen begrenzter Dienstfähigkeit nach § 27 des Beamtenstatusgesetzes sind die Beträge nach § 67 Abs. 4 des Saarländischen Beamtengesetzes im Verhältnis der gezahlten Bezüge zu den Dienstbezügen bei Vollbeschäftigung zu mindern.
- 3.1 Für die Höhe der Kostendämpfungspauschale sind die Verhältnisse bei der ersten Antragstellung im Kalenderjahr maßgebend. Enthält ein Beihilfeantrag auch Aufwendungen aus den Vorjahren, in denen keine Beihilfe beantragt wurde, sind auch insoweit die Verhältnisse bei der Antragstellung maßgebend. Entscheidend ist das Eingangsdatum des Antrages.
- 3.2 Tritt nach der ersten Antragstellung im Kalenderjahr ein Wechsel in den Verhältnissen ein, z.B. vom aktiven Dienst zum Ruhestand, Beförderung, Berücksichtigung von Kindern, Vollzeit zu Teilzeit und umgekehrt, hat dies keinen Einfluss auf die Höhe der Kostendämpfungspauschale des laufenden Jahres.
- 4.1 Die Kostendämpfungspauschale entfällt nach § 67 Abs. 9 Satz 1 Nummer 5 des Saarländischen Beamtengesetzes nur in den Fällen, in denen die beihil-

---

feberechtigte Person selbst Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist.

- 4.2 Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge umfassen Aufwendungen nach § 10 und Schutzimpfungen nach § 4 Abs. 1 Nummer 5.
- 4.3 Die Kostendämpfungspauschale entfällt auch für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach § 5 Abs. 1 der Elternzeitverordnung, wenn der nach § 67 Abs. 8 des Saarländischen Beamtengesetzes maßgebende Antrag während der Elternzeit gestellt wird.
- 4.4 Wird während der Elternzeit eine Teilzeitbeschäftigung ausgeübt, gilt § 67 Absatz 5 des Saarländischen Beamtengesetzes.
5. Bei Anträgen auf Bewilligung einer Ausnahme zur Erhöhung des Bemessungssatzes müssen die Gründe, die zur Beseitigung einer offensichtlichen Härte eine besondere Ausnahmeregelung rechtfertigen, durch entsprechende Unterlagen belegt werden.

---

## **§ 16**

### **Begrenzung der Beihilfen**

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentage-, Pfl egetage- und Krankenhaustagegeldversicherungen unberücksichtigt. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in §§ 5 bis 14 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 12 Satz 2 bis 4 sowie § 14 Absatz 1 unberücksichtigt.

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen, auch wenn Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. Aufwendungen nach §§ 6 und 8 werden getrennt abgerechnet.

### **AV zu § 16**

#### **Zu Absatz 1**

Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. gegenüberzustellen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den §§ 5 bis 14 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen, nicht jedoch Aufwendungen für Leistungen, die von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind .

#### **Zu Absatz 2**

1. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag - etwa für die einzelnen Positionen - die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen solche nach den §§ 6 und 8, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.
2. Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen aufgrund des Versicherungsvertrages nach einem Vomhundertsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung

---

der Krankenversicherung erbracht werden. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.

3. Übersteigt der Betrag der nach § 15 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, so ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

---

## **§ 17 Verfahren**

(1) Die Beihilfen werden auf Antrag gewährt. Als Festsetzungsstelle entscheiden die obersten Dienstbehörden und die Universität des Saarlandes; im Landesbereich entscheidet das Landesamt für Zentrale Dienste - Zentrale Besoldungs- und Versorgungsstelle - (ZBS), sofern ihr die Entscheidungsbefugnis durch die jeweilige oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Ministerium der Finanzen übertragen worden ist. Im kommunalen Bereich kann die Ruhegehalts- und Zusatzversorgungskasse des Saarlandes die Aufgaben der Festsetzungsstelle für ihre Mitglieder übernehmen.

(2) Die Anträge sind unter Beifügung der Belege der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle vorzulegen. Die Festsetzungsstelle darf bei begründeten Zweifeln an der Echtheit eines Beleges, insbesondere bei Computerrechnungen ohne vorgedruckten Briefkopf, die erforderliche Auskunft unmittelbar beim Aussteller einholen. Es sind die von der Beihilfestelle herausgegebenen Formblätter zu verwenden. Die bei der Bearbeitung der Beihilfe bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheim zu halten. Im Übrigen gelten die Vorschriften des § 108 a des Saarländischen Beamtengesetzes.

(3) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen (§ 4 Absatz 5 Satz 2), spätestens jedoch ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt hat. Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 6 Absatz 4 Satz 1 der letzte Tag des Monats, in dem diese Pflege erbracht wurde, nach § 12 der Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt, nach § 14 Absatz 1 der Todestag und bei Aufwendungen nach § 8 Absatz 4 Nummer 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. Satz 1 und 2 gelten auch, wenn der Adressat der Rechnung nicht der Beihilfeberechtigte selbst, sondern ein anderer Kostenträger ist. Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch.

(4) Eine Beihilfe kann nur beantragt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten beihilfefähigen Aufwendungen insgesamt mehr als 100 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so kann abweichend von Satz 1 eine Beihilfe beantragt werden.

(5) Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt centgenau.

(6) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich zu machen, wenn nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann, dass eine doppelte Berücksichtigung der Aufwendungen nicht möglich ist.

(7) Auf eine zu erwartende Beihilfe können angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden.

---

(8) Bei Beihilfen von mehr als 500 Euro, bei stationären Behandlungen oder Heilkuren von mehr als 1.000 Euro hat der Beihilfeberechtigte die ihm von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege für die beihilfefähigen Aufwendungen noch drei Jahre nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Anfordern vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung verbleiben. Die Festsetzungsstelle hat ihn bei der Rückgabe der Belege darauf hinzuweisen.

(9) Ist eine vorgeschriebene vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ohne Verschulden und nicht lediglich aus Unkenntnis verhindert war, die Anerkennung zu beantragen und die Antragstellung innerhalb eines Monats nach Wegfall des Hindernisses nachgeholt worden ist. Im Übrigen gilt § 32 des Saarländischen Verwaltungsverfahrensgesetzes entsprechend.

(10) In begründeten Ausnahmefällen kann auf Antrag auch einem getrennt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen Beihilfe zu den eigenen Aufwendungen gewährt werden.

## **AV zu § 17**

### Zu Absatz 2

1. Für den Beihilfeantrag und weitere Verfahrensschritte kann die Beihilfestelle die Verwendung von Formularen vorschreiben. Sie kann eine elektronische Antragstellung zulassen. In diesem Fall hat sie die dafür erforderlichen datenschutz- und verwaltungsverfahrenrechtlichen Standards festzulegen.
2. Der Beihilfeantrag ist unter Beifügung der Belege bei der Festsetzungsstelle einzureichen. Als Nachweis der Aufwendungen können außer Originalbelegen Zweitschriften der Rechnungen, Fotokopien und beglaubigte Abschriften anerkannt werden, es sei denn, Originalbelege sind vorgeschrieben. Die Beihilfestelle kann - sofern zur weiteren Verwendung erforderlich - bei Rezepten die Angabe der Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels und das Apothekenkennzeichen verlangen, es sei denn, dies ist wegen des Kaufes im Ausland nicht möglich. Sofern die Beihilfestelle dies zulässt, können auch Belege elektronisch übermittelt werden.
3. Die Beihilfeanträge einschließlich der Belege (Arztrechnungen, Rezepte, ärztliche Gutachten und dergleichen) können der Festsetzungsstelle in einem verschlossenen Umschlag eingereicht werden. In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsstelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten. Eine Überprüfung der in den Anträgen gemachten Angaben an Hand der Personalakten durch die Festsetzungsstelle darf nur in Zweifelsfällen vorgenommen werden. Bei den Festsetzungsstellen sind die ärztlichen Gutachten usw., die über die Art einer Erkrankung Aufschluss geben, nach der Auswertung von dem zuständigen Sachbearbeiter in einem Umschlag zu verschließen. Bei elektronischen Dokumenten ist sicherzustellen, dass kein unbefugter Zugriff Dritter möglich ist.

---

#### Zu Absatz 3

1. Die Einjahresfrist nach Absatz 3 Satz 2 beginnt mit dem auf die Entstehung der Aufwendungen bzw. auf das Ausstellungsdatum der Rechnung folgenden Tag. Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand möglich, sofern die Voraussetzungen des § 32 des Saarländischen Verwaltungsverfahrensgesetzes vorliegen.
2. In Fällen, in denen einer Person Sozialhilfe gewährt worden ist, kann der Anspruch auf Beihilfe auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden. Die Ausschlussfrist beginnt auch in diesen Fällen mit der erstmaligen Ausstellung der Rechnung.

#### Zu Absatz 6

Die Beihilfestelle kann von einer Rückgabe der Belege absehen. Sofern keine Rückgabe der Belege erfolgt, sind die Beihilfeberechtigten darauf vorab hinzuweisen.

#### Zu Absatz 7

1. Beihilfeberechtigten können insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden. Sie sind bei der folgenden Beihilfefestsetzung zu verrechnen.
2. In den Fällen des § 6 kann auf Antrag für die Dauer von jeweils bis zu zwölf Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. Nach diesem Zeitpunkt ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten endgültig festzusetzen.
3. Soweit Krankenhäuser, Sanatorien oder Kureinrichtungen auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung Vorauszahlungen verlangen, können diesen Einrichtungen auf Antrag des Beihilfeberechtigten angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden. Dabei ist die Vorschussanforderung der Einrichtung beizufügen, die Angaben über den Aufenthaltszeitraum und den Pflegesatz enthalten muss.

#### Zu Absatz 8

Die Hinweispflicht der Festsetzungsstelle gilt entsprechend, wenn Belege bei ihr verbleiben.

#### Zu Absatz 10

Diese Regelung schafft keinen neuen materiellen Beihilfeanspruch.

---

## **§ 18**

### **Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und andere Personen in Todesfällen**

(1) Zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden waren und zu den in § 14 Absatz 1 und 2 genannten Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten wird dem hinterbliebenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner oder den Kindern des Verstorbenen Beihilfe gewährt; sie ist, soweit nicht eine Pauschalbeihilfe zu gewähren ist, nach dem Vomhundertsatz zu bemessen, der dem Verstorbenen an dem Tag vor seinem Ableben zugestanden hätte. Empfangsberechtigt ist von den oben genannten Angehörigen derjenige, der die Urschrift der Ausgabebelege vorlegt.

(2) Sind Hinterbliebene nach Absatz 1 nicht vorhanden, so können Beihilfen zu den in Absatz 1 bezeichneten Aufwendungen auch an andere natürliche oder an juristische Personen gewährt werden, soweit sie durch diese Kosten belastet sind, die sie für den Beihilfeberechtigten bezahlt haben. Zu den Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten ist abweichend von § 14 Absatz 1 die Beihilfe mit dem in Absatz 1 genannten Bemessungssatz zu berechnen; sie darf jedoch höchstens 525 Euro beziehungsweise 225,50 Euro betragen.

### **AV zu § 18**

#### **Zu Absatz 1**

1. Kinder im Sinne des Absatzes 1 sind leibliche Kinder, Adoptivkinder sowie Stiefkinder des Verstorbenen.
2. Für die bis zum Tode oder aus Anlass des Todes eines Beihilfeberechtigten für ihn und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstandenen Aufwendungen sind die sich für die einzelnen Personen nach § 15 ergebenden Bemessungssätze zugrunde zu legen, wie sie am Tage vor dem Tode maßgebend waren.
3. Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

#### **Zu Absatz 2**

Die außerordentliche Antragsberechtigung nach Absatz 2 ist nur gegeben, wenn der Verstorbene weder einen Ehegatten oder Lebenspartner noch Kinder hinterlässt. Antragsberechtigt sind in diesem Falle die Eltern, Geschwister, Großeltern, aber auch sonstige Personen, die in keinem Verwandtschaftsverhältnis zu dem antragsberechtigt gewesenen Verstorbenen gestanden haben. Voraussetzung für die Gewährung einer Beihilfe ist jedoch, dass der Antragsteller durch die Aufwendungen tatsächlich belastet ist. Bei der Prüfung der Frage, ob und inwieweit eine Belastung vorliegt, sind die Vermögenswerte, die dem Antragsteller als Erben oder Vermächtnisnehmer zufließen, zu berücksichtigen. Eine Beihilfe kann daher nicht gewährt

---

werden, wenn die Aufwendungen durch Sterbegeld nach dem Beamtenversorgungsgesetz, einer Sterbegeldversicherung oder einer Lebensversicherung usw. gedeckt werden können. Erbt der Antragsteller Sachwerte, ist zu überprüfen, ob es ihm zugemutet werden kann, unter Berücksichtigung des angetretenen Erbes die beihilfefähigen Aufwendungen zu tragen. Auch die Höhe der Beihilfe liegt in diesen Fällen im Ermessen der Festsetzungsstelle.

---

## **§ 19** **Übergangs- und Schlussvorschriften**

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1963 in Kraft. Sie tritt am 31. Dezember 2015 außer Kraft.

(2) Das Ministerium für Inneres, Familie, Frauen und Sport regelt, mit welchen Abweichungen die Verordnung auf die ins Ausland abgeordneten Beamten und die Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland anzuwenden ist.

---

## **II. Übergangsregelung zu den Ausführungsvorschriften zur Beihilfeverordnung vom 26.05.2011**

Beträge nach § 5 Abs. 1 Nummer 2 Satz 1, Nummer 6 Satz 1, Nummer 11 Satz 5 und § 7 Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz der Beihilfeverordnung in der bis zum 31. Dezember 2010 gültigen Fassung sind bei der Festsetzung ab dem 1. Januar 2011 nicht mehr abzuziehen, wenn sich durch die Einbehaltung der Kostendämpfungspauschale ansonsten eine doppelte Belastung ergibt.

---

# **Anlage 1 : Psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung <sup>1</sup>**

## **(zu § 5 Absatz 1 Nummer 1 BhVO)**

### **1. Allgemeines**

- 1.1 Im Rahmen des § 5 Absatz 1 Nummer 1 BhVO sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig.

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

- 1.2 Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstiger Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.
- 1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 4 schließen sich aus.

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

- 2.1 Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn
- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und

---

<sup>1</sup> Zum besseren Verständnis siehe nichtamtliche Übersicht Seite 42 - 43

- 
- beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
  - die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

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

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

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

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

- 
- 2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.5 bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. Abweichungen bedürfen der Begründung. Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.
- 2.4.1 Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.
- 2.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz – PsychThG – kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/ oder analytische Psychotherapie).
- 2.4.2.2 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

### **3. Verhaltenstherapie**

- 3.1 Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn
- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
  - beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
  - die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

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

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50minütiger Dauer nicht mehr als 10 Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

---

### 3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

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

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

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

nicht überschreiten.

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

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

---

## 4. Psychosomatische Grundversorgung

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

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

- bei verbaler Intervention als einzige Leistung 25 Sitzungen;
- bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung 12 Sitzungen;
- bei Hypnose als Einzelbehandlung 12 Sitzungen.

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

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

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

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

---

## 5. Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

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

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

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

---

## **Anlage 2: Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden und Mittel**

**(zu § 5 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a BhVO)**

### **1. Allgemein**

Die Gewährung einer Beihilfe zu Aufwendungen für eine Behandlung oder ein Mittel setzt voraus, dass die Wirksamkeit der Behandlung oder des Mittels aus therapeutischer Sicht von der medizinischen Wissenschaft allgemein anerkannt und durch Erfahrung erprobt ist. Diese Voraussetzungen liegen nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse bei in der Praxis verschiedentlich angewandten Behandlungen und Mittel nicht vor. Für solche Behandlungsmethoden und Mittel kann daher eine Beihilfe nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen gewährt werden.

### **2. Behandlungen, zu deren Aufwendungen eine Beihilfe nicht zu gewähren ist:**

#### **A**

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

#### **B**

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

#### **C**

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

---

## E

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

## F

- Frischzellentherapie

## G

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

## H

- Heileurythmie
- Höhenflüge zur Keuchhustenbehandlung oder Asthmabehandlung

## I

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

## K

- Kariesdetektor-Behandlung
- Kinesiologische Behandlung
- Kirlian-Fotografie
- Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur)
- Konduktive Förderung nach Petö, sofern nicht als heilpädagogische Behandlung bereits von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen

## L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

## N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

---

## O

- Osmotische Entwässerungstherapie

## P

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

## R

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

## S

- Schwingfeld-Therapie

## T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

## V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeines

## Z

- Zellmilieu-Therapie

### **3. Heilbehandlungen, zu deren Aufwendungen eine Beihilfe gewährt werden kann, wenn sie auf Grund der ärztlichen Diagnose notwendig und die genannten Bedingungen erfüllt sind:**

- Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten (z. B. mit Aludrin).
- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.
- Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich für die Behandlung der Tendinosis calcarea (Kalkschulter), der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche) oder des fasziiitis plantaris (Fersensporn). Auf der Grundlage des Beschlus-

---

ses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach GOÄ-Ziffer 1800 beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

- Gasinsufflationen (Ozontherapie), wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund eines Gutachtens des Amtsarztes oder eines von ihr bestimmten Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung) bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.
- Klimakammerbehandlungen, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle aufgrund eines Gutachtens des Amtsarztes oder eines von ihr bestimmten Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- Magnetfeldtherapie, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung.
- Prostata-Hyperthermie-Behandlung bei Krebsbehandlung.
- Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalfachberufe (z.B. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 des Verzeichnisses der beihilfefähigen Höchstbeträge für ärztlich verordnete Heilbehandlungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 8 i.V.m. Absatz 2 Satz 1 Buchstabe b BhVO zugeordnet.
- Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

---

#### **4. Mittel, zu deren Kosten eine Beihilfe nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen gewährt werden kann:**

- 4.1 Nicht beihilfefähig sind Mittel, die entweder keine Arzneimittel sind oder deren Wirksamkeit aus therapeutischer Sicht nicht anerkannt ist. Die Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien/ AMR) des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind in der jeweils geltenden Fassung entsprechend anzuwenden.
- 4.2 Eine Ausnahme von dem Ausschluss der Beihilfefähigkeit dieser Mittel ist nur zuzulassen, wenn in einem schweren lebensbedrohenden Krankheitsfall das Mittel von einem Arzt verordnet wurde, der Amts- oder ein von der Festsetzungsstelle bezeichneter Vertrauensarzt die Anwendung dieses Mittels für dringend erforderlich hält und eine vorangegangene Behandlung mit wissenschaftlich anerkannten Arzneimitteln keinen Erfolg gebracht hat.

---

## **Anlage 3: Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilbehandlungen**

**(zu § 5 Absatz 1 Nummer 8 i.V.m. Absatz 2 Satz 1 Buchstabe b BhVO)**

Gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 8 BhVO sind die Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlungen grundsätzlich beihilfefähig. Die in § 5 Absatz 1 Nummer 8 Satz 3 BhVO genannten Behandler (Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Podologen, Logopäden, Masseur, Masseurin und medizinische Bademeister) sind Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. Bei einer Sprachtherapie sind auch Aufwendungen für Leistungen staatlich anerkannter Sprachtherapeuten sowie vergleichbar qualifizierter Personen beihilfefähig.

Im Rahmen des § 5 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe b BhVO sind Aufwendungen für die Heilbehandlungen beihilfefähig, die in anliegendem Verzeichnis aufgeführt sind. Bei den dort aufgeführten Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge, die im Rahmen der Prüfung der Angemessenheit gemäß § 4 Absatz 2 BhVO zu Grunde zu legen sind. Über die Beihilfefähigkeit von Heilbehandlungen, die weder im Leistungsverzeichnis genannt noch den dort genannten vergleichbar sind, ist im Rahmen der Notwendigkeit und Angemessenheit gemäß § 4 Absatz 2 BhVO zu entscheiden.

Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie erbracht werden sowie Leistungen von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern.

## Verzeichnis der beihilfefähigen Heilbehandlungen nach § 5 Absatz 1 Nr. 8 BhVO

Lfd.- Nr.	Leistung	Euro
<b>I. Inhalationen <sup>1</sup></b>		
<b>1</b>	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	<b>6,70</b>
<b>2</b>	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	<b>3,60</b> <b>5,70</b>
<b>3</b>	a) Radon-Inhalation im Stollen b) Radon-Inhalation mittels Hauben	<b>11,30</b> <b>13,80</b>
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>		
<b>4</b>	Krankengymnastische Behandlung <sup>2</sup> (auch auf neuro-physiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage -	<b>19,50</b>
<b>5</b>	Krankengymnastische Behandlung <sup>2,3</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	<b>23,10</b>
<b>6</b>	Krankengymnastische Behandlung <sup>2,5</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	<b>34,30</b>
<b>7</b>	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 - 8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	<b>6,20</b>
<b>8</b>	Krankengymnastik in einer Gruppe <sup>4</sup> bei zerebralen Dysfunktionen (2 - 4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	<b>10,80</b>
<b>9</b>	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 – 5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	<b>34,30</b> <b>10,80</b>
<b>10</b>	Bewegungsübungen <sup>2</sup>	<b>7,70</b>
<b>11</b>	a) Krankengymnastische Behandlung/ Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) Krankengymnastik/ Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	<b>23,60</b> <b>11,80</b>

<b>Lfd.-Nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>Euro</b>
<b>12</b>	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen <sup>6</sup> , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	<b>22,50</b>
<b>13</b>	Chirogymnastik <sup>7</sup> – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	<b>14,40</b>
<b>14</b>	Erweiterte ambulante Physiotherapie <sup>10,11,12</sup> Mindestbehandlungs- dauer 120 Minuten, je Behandlungstag	<b>81,90</b>
<b>15</b>	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT) <sup>13</sup> , je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	<b>35,00</b>
<b>16</b>	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	<b>5,20</b>
<b>17</b>	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	<b>6,70</b>
<b>III. Massagen</b>		
<b>18</b>	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassa- gen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) <sup>2</sup>	<b>13,80</b>
<b>19</b>	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder <sup>7</sup> a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten c) Kompressionsbandagierung einer Extremität <sup>8</sup>	<b>19,50</b> <b>29,20</b> <b>8,70</b>
<b>20</b>	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von min- destens 600 l und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschl. der erforderlichen Nachruhe	<b>23,10</b>
<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>		
<b>21</b>	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	<b>10,30</b>
<b>22</b>	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe  - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) - bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heil- erde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwen- dung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid  · Teilpackung · Großpackung  b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel- packung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachru- he	<b>11,80</b>          <b>20,50</b> <b>28,20</b> <b>14,90</b>

Lfd.-Nr.	Leistung	Euro
	c) Kaltpackung (Teilpackung)  - Anwendung von Lehm, Quark o.Ä. - Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid  d) Heublumensack, Peloidkompressen e) Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz f) Trockenpackung	   <b>7,70</b> <b>15,40</b>  <b>9,20</b> <b>4,60</b> <b>3,10</b>
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	  <b>3,10</b> <b>4,60</b> <b>4,10</b>
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe - b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	 <b>12,30</b> <b>20,00</b>
25	a) Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – b) Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	 <b>9,20</b> <b>13,30</b>
26	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	<b>19,00</b>
27	a) Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe– b) Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	 <b>32,80</b> <b>39,90</b>
28	<b>Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</b> a) Teilbad b) Vollbad	 <b>28,70</b> <b>32,80</b>
29	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	<b>32,80</b>
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – d) Weitere Zusätze, je Zusatz	 <b>6,70</b> <b>13,30</b> <b>18,50</b> <b>3,10</b>
31	Gashaltige Bäder	

<b>Lfd.-Nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>Euro</b>
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	<b>19,50</b>
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	<b>22,50</b>
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	<b>21,00</b>
	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	<b>18,50</b>
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	<b>3,10</b>
Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt sowie in § 5 Absatz 1 Nr. 8 BhVO bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig.		
Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter den Nummern 30 a bis 30 c und 31 b angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 d beihilfefähig.		
<b>V. Kälte- und Wärmebehandlungen</b>		
<b>32</b>	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	<b>9,80</b>
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	<b>6,70</b>
<b>33</b>	Eisteilbad	<b>9,80</b>
<b>34</b>	Heißluftbehandlung <sup>9</sup> oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	<b>5,70</b>
<b>VI. Elektrotherapie</b>		
<b>35</b>	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese -	<b>6,20</b>
<b>36</b>	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	<b>6,20</b>
<b>37</b>	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	<b>6,20</b>
<b>38</b>	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	<b>11,80</b>
<b>39</b>	Iontophorese	<b>6,20</b>
<b>40</b>	Zwei- oder Vierzellenbad	<b>11,30</b>
<b>41</b>	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	<b>22,00</b>

<b>Lfd.-Nr.</b>	<b>Leistung</b>	<b>Euro</b>
	<b>VII. Lichttherapie</b>	
<b>42</b>	Behandlung mit Ultraviolettlicht <sup>9</sup> a) als Einzelbehandlung b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	<b>3,10</b> <b>2,60</b>
<b>43</b>	a) Reizbehandlung <sup>9</sup> eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht b) Reizbehandlung <sup>9</sup> mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	<b>3,10</b> <b>5,20</b>
<b>44</b>	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	<b>6,20</b>
<b>45</b>	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	<b>8,70</b>
	<b>VIII. Logopädie</b>	
<b>46</b>	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und –besprechungen, einmal je Behandlungsfall  b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall c) Ausführlicher Bericht	<b>31,70</b>  <b>49,60</b> <b>11,80</b>
<b>47</b>	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	<b>31,70</b> <b>41,50</b> <b>52,20</b>
<b>48</b>	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	<b>14,90</b> <b>17,40</b>
	<b>IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>	
<b>49</b>	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	<b>31,70</b>
<b>50</b>	Einzelbehandlung a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) bei sensomotorischen/ perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	<b>31,70</b> <b>41,50</b> <b>54,80</b>
<b>51</b>	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	<b>31,70</b>
<b>52</b>	Gruppenbehandlung	

Lfd.-Nr.	Leistung	Euro
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	14,40 28,70
<b>X. Podologische Therapie<sup>14</sup></b>		
53	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
54	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
55	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
56	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
57	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
58	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
59	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
60	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit lfd. Nr. 60 abrechenbar); je Person	3,50
<b>XI. Sonstiges</b>		
61	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
62	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges je gefahrenem Kilometer nach dem erhöhten Satz der Wegstreckenentschädigung nach § 6 Absatz 2 des Saarländischen Reisekostengesetzes oder in Höhe der niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	Anm. des Verf.  35 Cent
<b>Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 61 und 62 nur anteilig je Patient beihilfefähig.</b>		

- 1 Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
- 2 Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- 3 Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
- 4 Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
- 5 Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
- 6 Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.

7	Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.
8	Das notwendige Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.
9	Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
10	Darf nur bei Durchführung von Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/ Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassen sind.
11	Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.
12	Leistungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie werden nur aufgrund einer Verordnung von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen anerkannt:  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und/ oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik</li> <li>• nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik</li> <li>• instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und/ oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik</li> <li>• lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose &gt; 50° nach Cobb</li> </ul> </li> <li>2. Operation am Skelettsystem <ul style="list-style-type: none"> <li>• posttraumatische Osteosynthesen</li> <li>• Osteotomien der großen Röhrenknochen</li> </ul> </li> <li>3. Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/ oder muskulärem Defizit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulterprothesen</li> <li>• Knieendoprothesen</li> <li>• Hüftendoprothesen</li> </ul> </li> <li>4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband)</li> <li>• Schultergelenkläsionen, insbesondere nach operativ versorgter Bankard-Läsion, Rotatorenmanschettenruptur, schwere Schultersteife (frozen sholder), Impingement-Syndrom, Schultergelenkluxation, tendinosis calcarea, periathritis humero-scapularis (PHS)</li> <li>• Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss</li> </ul> </li> </ol>

## 5. Amputationen

Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- Krankengymnastische Einzeltherapie
- physikalische Therapie nach Bedarf
- medizinisches Aufbautraining

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen, die mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Verzeichnisses abgegolten sind:

- Lymphdrainage oder Massage/ Bindegewebsmassage
- Isokinetik
- Unterwassermassage

Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung.

Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärzte reicht nicht aus.

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

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

13 Die Leistungen der Nummern 4-6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

Aufwendungen für eine Medizinische Trainingstherapie (MTT)/ ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenz- oder Seilzugtrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn

- das medizinische Aufbautraining von einem Krankenhausarzt, Arzt der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin oder Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
- Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen,
- jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird. Die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt. Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich bei vom Arzt erbrachten

---

Leistungen nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie.

Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Einzelsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beihilfefähig:

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

Werden die Leistungen von Leistungserbringern im Sinne der Anlage 3 erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nr. 15 dieses Leistungsverzeichnisses.

14 Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

---

# Anlage 4: Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

(zu § 5 Absatz 1 Nr. 9 i.V.m. Absatz 2 Satz 1 Buchst. b BhVO)

## 1. Allgemeines

Zu den Hilfsmitteln zählen auch Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke. Die Hilfsmittel müssen vom Arzt (ggf. Amts- oder Facharzt) auch hinsichtlich ihrer Art schriftlich verordnet sein. Hiervon ausgehend können, soweit nachfolgend Höchstbeträge nicht festgelegt sind, die Auslagen für eine angemessene Ausführung als beihilfefähig anerkannt werden.

### 2.1 Zu den Hilfsmitteln und Apparaten zur Selbstkontrolle und Selbstbehandlung gehören insbesondere:

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-Luxationsgefahr, 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

Closett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender 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, Unterschenkel und Füße)  
Delta-Gehrad  
Drehscheibe, Umsetzhilfen  
Druckbeatmungsgerät  
Duschsitz/ -stuhl

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

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

Gehgipsgalosse  
Gehhilfen und -übungsgeräte  
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chi-

---

urgischen 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  
Krampfaderrinde  
Krankenfahrstuhl mit Zubehör  
Krankenstock  
Kreuzstützbandage  
Krücke

Latextrichter bei Querschnittslähmung  
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden  
Lesegeräte für Blinde/ Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen  
Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)  
Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige  
Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)  
Lispelsonde

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

Narbenschützer

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

Pavlikbandage  
Penisklemme  
Peroneausschiene, Heidelberger Winkel  
Pflegebett in behindertengerechter Ausführung  
Polarimeter

Quengelschiene

Reflektometer  
Rektophor

---

Rollbrett  
Rutschbrett

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

Schede-Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

Segofix-Bandagensystem

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

Skolioseumkrümmungsbandage

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

Sphinkter-Stimulator

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

Spreizfußbandage

Spreizhose/ -schale/ -wagenaufsatz

Spritzen

Stehübungsgerät

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

Strickleiter

Stubbies

Stumpfschuhhülle

Stumpfstrumpf

Suspensorium

Symphysen-Gürtel

(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar

Teleskoprampe

Tinitus-Masker, auch in Kombination mit Hörgeräten

Toilettenhilfe bei Schwerbehinderten

Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)

Tragegurtsitz

Übungsschiene

Urinale

Urostomiebeutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe

Wechseldruckgerät

Wright-Peak-Flow-Meter

---

## Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

- 2.2** Voraussetzung für die Anerkennung von Apparaten und Geräten zur Selbstbehandlung ist, dass die Selbstbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung unbedenklich ist und hierdurch gegenüber einer sonst notwendigen stationären oder ambulanten Behandlung eine fühlbare Kostenersparnis entsteht oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.
- 2.3** Die Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.
- 2.4** Die 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 des bisherigen Hilfsmittels oder Gerätes erfolgt.
- 2.5** Die Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung, jedoch nur bis zur Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen einer Ersatzbeschaffung beihilfefähig.
- 2.6** Die notwendigen Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind nur beihilfefähig, soweit sie monatlich den Betrag von 5 Euro übersteigen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
- 2.7** Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind beihilfefähig.
- 2.8** Aufwendungen für Erektionshilfen sind nicht beihilfefähig.

### **3. Perücke**

Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Perücke sind bis zum Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata) oder eine erhebliche Verunstaltung, z. B. infolge Schädelverletzung, oder wenn ein totaler oder weitgehender Haarausfall bei männlichen Personen vor Vollendung des 25. Lebensjahres oder bei weiblichen Personen vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für eine 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.

---

#### 4. Sehhilfen

Voraussetzung für die beihilferechtliche Anerkennung der Aufwendungen einer erstmalig beschafften Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung des Augenarztes.

Für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers. Die Aufwendungen für diese Leistung sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.

Für Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind Sehhilfen beihilfefähig, wenn auf Grund der Sehschwäche oder Blindheit entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung beide Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen.

##### 4.1 Brille

Aufwendungen für eine Brille sind – einschließlich Handwerkerleistungen, jedoch ohne Brillenfassung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

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

Einstärkengläser:	sph. Glas	=	31 Euro
	cyl. Glas	=	41 Euro

Mehrstärkengläser:	sph. Glas	=	72 Euro
	cyl. Glas	=	92,50 Euro

- bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt):  
zuzüglich je Glas 21 Euro
- Dreistufengläser oder Multifokalgläser:  
zuzüglich je Glas 21 Euro
- Gläser mit prismatischer Wirkung:  
zuzüglich je Glas 21 Euro.

##### 4.2 Brille mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für eine Brille mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nummer 4.1 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

- a) Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser)

zuzüglich je Glas bis zu 21 Euro

- 
- bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt.,
  - bei Anisometropien ab 2,0 dpt.,
  - unabhängig von der Gläserstärke

aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,

bb) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,

cc) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

b) Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser

zuzüglich je Glas bis zu 11 Euro

- bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
- 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. Kerato-konjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
- bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagopthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
- bei Ziliarneuralgie,
- bei blendungsbedingten 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 + 10,0 dpt.,
- im Rahmen einer Fotochemotherapie,
- bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.



Anm. d. Verfassers:

**Aphakie** = Fehlen der Linse im Auge nach Verletzung oder Operation.

---

### 4.3 Kontaktlinsen

Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Sofern ein solcher Ausnahmefall vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154 Euro (sphärisch) und 230 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig. Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig. Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen nach Satz 1 sind die folgenden Aufwendungen im Rahmen der Nummern 4.1 und 4.2 beihilfefähig für

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

#### **Beginn der nichtamtlichen Einfügung**

Text des § 33 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

(3) Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 1 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuss zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

#### **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinien“)**

in der Fassung vom 17. Juni 1992

veröffentlicht im Bundesanzeiger 1992; Nr. 183b

zuletzt geändert am 19. Oktober 2004

veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005; Nr. 2: S. 89

in Kraft getreten am 6. Januar 2005

#### **Auszug zu Kontaktlinsen:**

58. Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe

58.1 Kontaktlinsen können nur bei nachstehend aufgeführten Indikationen verordnet werden:

a) Myopie ab 8,0 dpt,

---

b) Hyperopie ab 8,0 dpt,

c) irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 % verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,

d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3,0 dpt,

e) Astigmatismus obliquus (Achslage  $45^\circ \pm 30^\circ$ , bzw.  $135^\circ \pm 30^\circ$ ) ab 2 dpt,

f) Keratokonus,

g) Aphakie,

h) Aniseikonie (bei gleicher oder wenig differenter Refraktion beider Augen muss eine Aniseikoniemessung nach einer anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode erfolgen und dokumentiert werden),

i) Anisometropie ab 2,0 dpt.

58.2 Kontaktlinsen werden aus unterschiedlichen Materialien hergestellt. Es wird unterschieden zwischen:

a) formstabilen Linsen (PMMA),

b) formstabilen, gasdurchlässigen Linsen (z. B. CAB, CAB/EVA, SiMMA, FSA),

c) flexiblen (weichen) Linsen (wie z. B. HEMA-Copolymere [HEMA/MA/EGDMA u. a.], oder HEMA-freie Materialien [MMA/VP u. a.]),

d) Silicon-Linsen.

58.3 Bei der Versorgung mit Kontaktlinsen ist in der Regel die Verordnung von formstabilen, gasdurchlässigen Linsen (58.2 b) angezeigt. Die Verordnung flexibler (weicher) Kontaktlinsen bedarf einer besonderen Begründung, wobei ein ausreichender Trageversuch mit formstabilen Linsen durchgeführt worden sein soll.

58.4 Austauschsystem, Weichlinsen für die begrenzte (7 - 14tägige) Tragedauer sind nur dann verordnungsfähig, wenn formstabile Linsen nicht getragen werden können, konventionelle Weichlinsen aber wegen starker Verunreinigungen durch, mit konventionellen Reinigungsverfahren nicht entfernbaren, Eiweißabscheidungen in hoher

---

Frequenz verworfen werden müssen.

58.5 Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, ist bei nach 58.1 verordneten Kontaktlinsen die zusätzliche Verordnung von Brillengläsern möglich. Bei Alterssichtigkeit sind ggf. zusätzliche Brillengläser verordnungsfähig .

58.6 Nicht verordnungsfähig sind:

58.6.1 Kontaktlinsen als postoperative Interimsversorgung (auch als Verbandlinse) einer corneachirurgischen Intervention zur Korrektur einer Refraktionsanomalie,

58.6.2 Kontaktlinsen in farbiger Ausführung zur Veränderung oder Verstärkung der körpereigenen Farbe der Iris,

58.6.3 sog. One-Day-Linsen,

58.6.4 Reinigungs- und Pflegemittel.

## **Ende der nichtamtlichen Einfügung**

### **4.4 Andere Sehhilfen**

Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, werden die notwendigen Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang als beihilfefähig anerkannt:

- Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 4.1 und 4.2, die Voraussetzungen nach Nr. 4.2.a) entfallen
- eine Brillenfassung bis zu 52,00 Euro.

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

### **4.5 Erneute Beschaffung einer Sehhilfe**

Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe sind 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 Zeitraumes die erneute Beschaffung einer Sehhilfe – ggf. nur der Gläser – notwendig ist, weil

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

#### **4.6 Die Aufwendungen für**

- Bildschirmbrillen,
- Brillenversicherungen,
- Einmalkontaktlinsen,
- Etais

sind nicht beihilfefähig.

#### **4.7 Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig.**

- a) Anschaffungskosten für zwei Langstöcke sowie ggf. für elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung.
  
- b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes, Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
  - aa) Unterrichtsstunde à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden,

56,43 Euro
  
  - bb) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten Takt anteilig berechnet wird,

44,87 Euro
  
  - cc) Fahrkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenem Kilometer nach dem erhöhten Satz der Wegstreckenentschädigung nach § 6 Absatz 2 des Saarländischen Reisekostengesetzes oder in Höhe der niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
  
  - dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist,

26,00 Euro.

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

---

c) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z.B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstabe b.

d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

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

**5. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, deren Anschaffungskosten den Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung als Gebrauchsgüter des täglichen Lebens 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 2.1 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 2.1 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, Permax-Sauerstoffzeuger

Katapultsitz

Katzenfell

Klingelleuchte (soweit nicht unter Nr. 2.1 erfasst)

Knickfußstrumpf

Knoche Natur-Bruch-Slip

Kolorimeter

Kommunikationssystem

Krafffahrzeug 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 Kehlkopfloose  
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