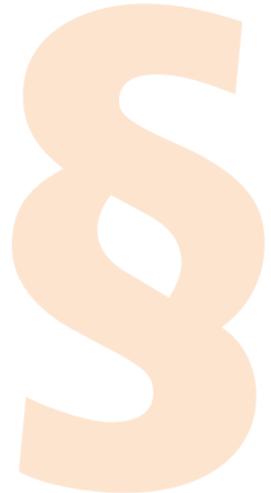




Rechtsvorschriften





Rechtsvorschriften

- 243 ----- Rechtsvorschriften zur Beihilfe
- 244 ----- Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
- 275 ----- Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen
- 278 ----- Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
- 281 ----- Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen
- 283 ----- Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel
- 285 ----- Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder beschränkt beihilfefähige Arzneimittel
- 286 ----- Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
- 294 ----- Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle
- 297 ----- Ergänzende Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen
- 298 ----- Verzeichnis der vom Bundesministerium des Innern bestellten Gutachterinnen und Gutachter und Obergutachterinnen und Obergutachter für Psychotherapie

Rechtsvorschriften zur Beihilfe

Bundesbeihilfeverordnung

mit Auszügen aus den

Allgemeinen Verwaltungsvorschriften

Seite 244 ff.



Liebe Leserinnen und Leser,

auf den folgenden Seiten finden Sie den Wortlaut der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) sowie deren Anlagen. Zum besseren Verständnis haben wir bei manchen Paragraphen einen Auszug der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften hinzugefügt. Diesen Auszug haben wir jeweils kursiv hinterlegt.

Die Redaktion



Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV“). Stand: 12. Dezember 2012 (4. ÄnderVO).

Aufgrund des § 80 Abs. 4 des Bundesbeamtengesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) verordnet das Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium für Gesundheit:

Inhaltsübersicht

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

- § 1 Regelungszweck
- § 2 Beihilfeberechtigte
- § 3 Beamtinnen und Beamte im Ausland
- § 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige
- § 5 Konkurrenzen
- § 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
- § 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch
- § 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit
- § 9 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen
- § 10 Beihilfeanspruch
- § 11 Aufwendungen im Ausland

Kapitel 2

Aufwendungen in Krankheitsfällen

Abschnitt 1

Ambulante Leistungen

- § 12 Ärztliche Leistungen
- § 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern
- § 14 Zahnärztliche Leistungen
- § 15 Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- § 16 Auslagen, Material- und Laborkosten
- § 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf
- § 18 Psychotherapeutische Leistungen
- § 19 Psychosomatische Grundversorgung
- § 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- § 21 Verhaltenstherapie

Abschnitt 2

Sonstige Aufwendungen

- § 22 Arznei- und Verbandmittel
- § 23 Heilmittel
- § 24 Komplextherapie und integrierte Versorgung
- § 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
- § 26 Krankenhausleistungen
- § 27 Häusliche Krankenpflege
- § 28 Familien- und Haushaltshilfe
- § 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland
- § 30 Soziotherapie
- § 30a Neuropsychologische Therapie
- § 31 Fahrtkosten
- § 32 Unterkunftskosten
- § 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Abschnitt 3

Rehabilitation

- § 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen
- § 35 Rehabilitationsmaßnahmen
- § 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen



Kapitel 3

Aufwendungen in Pflegefällen

- § 37 Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen
- § 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege
- § 39 Vollstationäre Pflege
- § 40 Palliativversorgung

Kapitel 4

Aufwendungen in anderen Fällen

- § 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
- § 42 Schwangerschaft und Geburt
- § 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
- § 44 Tod der oder des Beihilfeberechtigten
- § 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe und Organspende

Kapitel 5

Umfang der Beihilfe

- § 46 Bemessung der Beihilfe
- § 47 Abweichender Bemessungssatz
- § 48 Begrenzung der Beihilfe
- § 49 Eigenbehalte
- § 50 Belastungsgrenzen

Kapitel 6

Verfahren und Zuständigkeit

- § 51 Bewilligungsverfahren
- § 52 Zuordnung von Aufwendungen
- § 53 (weggefallen)
- § 54 Antragsfrist
- § 55 Geheimhaltungspflicht
- § 56 Festsetzungsstellen
- § 57 Verwaltungsvorschriften

Kapitel 7

Übergangs- und Schlussvorschriften

- § 58 Übergangsvorschriften
- § 59 Inkrafttreten

Anlage 1 (zu § 6 Absatz 2)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen
➡ siehe Seiten 275 ff.

Anlage 2 (zu § 6 Absatz 3 Satz 4)

Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen
➡ siehe Seiten 51 ff.

Anlage 3 (zu den §§ 18 bis 21)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
➡ siehe Seiten 278 ff.

Anlage 4 (zu § 22 Absatz 1)

Beihilfefähige Medizinprodukte
➡ diese Anlage finden Sie im Internet unter www.die-beihilfe.de/bbhv_anlage_4

Anlage 5 (zu § 22 Absatz 2 Nummer 1)

Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen
➡ siehe Seiten 281 f.

Rechtsvorschriften

Anlage 6 (zu § 22 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe c)

Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

➡ siehe Seiten 283 f.

Anlage 7 (zu § 22 Absatz 3)

Arzneimittelgruppen, für die Festbeträge gelten

➡ diese Anlage finden Sie im Internet unter www.die-beihilfe.de/bbhv_anlage_7

Anlage 8 (zu § 22 Absatz 4)

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder beschränkt beihilfefähige Arzneimittel

➡ siehe Seite 285

Anlage 9 (zu § 23 Absatz 1)

Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel

➡ siehe Seiten 63 ff.

Anlage 10 (zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1)

Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel

➡ siehe Seite 69

Anlage 11 (zu § 25 Absatz 1 und 4)

Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

➡ siehe Seiten 286 ff.

Anlage 12 (zu 25 Absatz 1, 2 und 4)

Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle

➡ siehe Seiten 294 ff.

Anlage 13 (zu § 41 Absatz 1)

Ergänzende Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen“.

➡ siehe Seite 297 f.



Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

(mit ausgewählten Absätzen aus den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften)

§ 1 Regelungszweck

Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfe in den gesetzlich vorgesehenen Fällen. Die Beihilfe ergänzt die gesundheitliche Eigenvorsorge, die in der Regel aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

§ 2 Beihilfeberechtigte

(1) Soweit nicht die Absätze 2 bis 5 etwas anderes bestimmen, ist beihilfeberechtigt, wer im Zeitpunkt der Leistungserbringung

1. Beamtin oder Beamter,
2. Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder
3. frühere Beamtin oder früherer Beamter ist.

(2) Die Beihilfeberechtigung setzt ferner voraus, dass der oder dem Beihilfeberechtigten Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren, Witwengeld, Waisengeld, Unterhaltsbeiträge nach Abschnitt II oder Abschnitt V, nach § 22 Absatz 1 oder nach § 26 Absatz 1 des Beamtenversorgungsgesetzes oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI des Beamtenversorgungsgesetzes zustehen. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen Elternzeit oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden. Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung unberührt, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert.

(3) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte,
2. Beamtinnen und Beamte, deren Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst im Sinne des § 40 Abs. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes beschäftigt sind, und
3. Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

(4) Nicht beihilfeberechtigt nach dieser Verordnung sind diejenigen Beamtinnen und Beamten des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamtinnen oder Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.

(5) Nicht beihilfeberechtigt nach dieser Verordnung sind diejenigen Beamtinnen und Beamten, die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sind, soweit die Satzung für beihilfefähige Aufwendungen dieser Mitglieder Sachleistungen vorsieht und diese nicht durch einen Höchstbetrag begrenzt sind.

§ 3 Beamtinnen und Beamte im Ausland

Beihilfeberechtigt nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sind auch diejenigen Beamtinnen und Beamten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind.

§ 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von Beihilfeberechtigten sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 17 000 Euro nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, sind Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner der Beihilfeberechtigten nach § 3 im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.

(2) Kinder sind berücksichtigungsfähig, wenn sie im Familienzuschlag der oder des Beihilfeberechtigten nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind. Dies gilt für Beihilfeberechtigte nach § 3, wenn

1. Anspruch auf einen Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes besteht oder
 2. ein Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.
- (3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

4.1 Zu Absatz 1

4.1.5 *Der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) ist die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den*

Rechtsvorschriften

Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Abs. 3 EStG. ²Nach dem EStG § 2 Abs. 2 sind Einkünfte bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7 k EStG) und bei den anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9 a EStG). ³Die Voraussetzungen für die Berücksichtigung der Ehegattin oder des Ehegatten sind durch die Vorlage des Steuerbescheides jährlich nachzuweisen. ⁴Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben können unkenntlich gemacht werden. ⁵Die Festsetzungsstelle kann andere Einkommensnachweise zulassen, wenn die oder der Beihilfeberechtigte den Steuerbescheid nicht vorlegen kann. ⁶Aussagekraft und Beweiswert eines anderen Nachweises müssen dem amtlichen Steuerbescheid gleichwertig sein und alle von § 2 Absatz 3 EStG erfassten Einkünfte umfassen.

§ 5 Konkurrenzen

- (1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt
 1. eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs sowie
 2. die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger aus.
- (2) Die Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung aufgrund früherer Versorgungsansprüche sowie als berücksichtigungsfähiger Angehöriger aus. Satz 1 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.
- (3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht
 1. der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und
 2. der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger vor. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.
- (4) Ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird bei der oder dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, die oder der den Familienzuschlag für das Kind erhält. Beihilfeberechtigte im Sinne von Satz 1 sind Personen, die einen Anspruch auf Beihilfe haben, der in seinem Umfang dem Anspruch nach dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar ist, unabhängig von der jeweiligen Anspruchsgrundlage. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die Anspruch auf truppenärztliche Versorgung haben oder heilfürsorgeberechtigt sind. Als Familienzuschlag für das Kind gilt eine Leistung nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder der Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes oder vergleichbare Leistungen auf anderer Rechtsgrundlage.

§ 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

- (1) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht.
- (2) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden. Als nicht notwendig gelten in der Regel Untersuchungen und Behandlungen, soweit sie in der Anlage 1 ausgeschlossen werden.
- (3) Wirtschaftlich angemessen sind grundsätzlich Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, wenn sie dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechen. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte, nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte oder nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte. Wirtschaftlich angemessen sind auch Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen gesetzlicher Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder auf Grund von Verträgen von Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden. Die Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen, wenn sie die zwischen dem Bundesministerium des Innern und den Heilpraktikerverbänden vereinbarten Höchstbeträge nach Anlage 2 nicht übersteigen.
- (4) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. Gelten Höchstbeträge nach Anlage 11, kann in entsprechender Anwendung des § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten.
- (5) Sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a oder nach § 257 Abs. 2 a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, beurteilt sich die wirtschaftliche Angemessenheit ihrer Aufwendungen nach den in den Verträgen nach § 75 Abs. 3 b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Gebührenregelungen. Solange keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, gelten die Maßgaben des § 75 Abs. 3 a Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
- (6) „In Einzelfällen kann das Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen die einmalige oder laufende Beteiligung des Bundes als Beihilfeträger an allgemeinen, nicht individualisier-

baren Maßnahmen erklären. Hierfür zu leistende Zahlungen und Erstattungen kann das Bundesministerium des Innern auf die Einrichtungen oder Stellen des Bundes, die Beihilfe nach dieser Verordnung gewähren, aufteilen. Auf Anforderung des Bundesministeriums des Innern leisten die Einrichtungen oder Stellen entsprechende Abschläge und Zahlungen. Die Anteile bemessen sich nach dem Verhältnis der tatsächlichen Beihilfeausgaben im Jahr 2009; jährliche Ausgaben unter 1 000 Euro bleiben außer Betracht. Auf Verlangen von mindestens fünf obersten Bundesbehörden oder Behörden der mittelbaren Bundesverwaltung setzt das Bundesministerium des Innern die Anteile entsprechend dem Verhältnis der tatsächlichen Beihilfeausgaben im Vorjahr für zukünftige Maßnahmen neu fest.

(7) Sofern im Einzelfall die Ablehnung der Beihilfe eine besondere Härte darstellen würde, kann die oberste Dienstbehörde mit Zustimmung des Bundesministeriums des Innern eine Beihilfe zur Milderung der Härte gewähren. Die Entscheidung ist besonders zu begründen und zu dokumentieren.“

§ 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch

Soweit sich Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Beihilfe gewährt wird, an Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anlehnen, setzt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen voraus, dass für die Leistungen einschließlich der Arzneimittel nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind sowie insbesondere ein Arzneimittel zweckmäßig ist und keine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren. Dies gilt insbesondere für die §§ 22 und 27 Abs. 1 Satz 2, §§ 30 und 40 Abs. 1, § 41 Abs. 1, § 43 Abs. 1 und § 50 Abs. 1 Satz 4. Im Übrigen gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, auf die diese Verordnung verweist, entsprechend, soweit die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Sozialversicherungsrecht dies nicht ausschließen.

§ 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit

(1) „Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, denen ein Anspruch auf Heilfürsorge nach § 70 Absatz 2 des Bundesbesoldungsgesetzes oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zusteht,
 2. für Gutachten, die nicht von der Festsetzungsstelle, sondern auf Verlangen von der oder dem Beihilfeberechtigten oder von der oder dem berücksichtigungsfähigen Angehörigen veranlasst worden sind,
 3. für ärztliche und zahnärztliche Bescheinigungen für berücksichtigungsfähige Angehörige mit Ausnahme medizinisch notwendiger Bescheinigungen,
 4. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
 5. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und heilpädagogische Maßnahmen,
 6. für Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings, und
 7. für Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der oder des Behandelten; in diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig.“
- (2) Ferner sind Aufwendungen nicht beihilfefähig, soweit auf sie gegen Dritte ein Ersatzanspruch besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht.
- (3) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile, Selbstbehalte nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Werden diese Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht nachgewiesen, gelten 15 Prozent der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.
- (4) Nicht beihilfefähig sind erbrachte Sach- und Dienstleistungen nach § 2 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Als Sach- und Dienstleistung nach § 2 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Pflichtversicherten nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der familienversicherten Angehörigen nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch die Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bei Personen, denen ein Zuschuss oder Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch
1. die über die Festbeträge hinausgehenden Beträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und

Rechtsvorschriften

2. Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Versicherte die ihnen zustehende Sach- und Dienstleistung nicht in Anspruch genommen haben; dies gilt auch, wenn Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden; ausgenommen sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus.

Satz 3 gilt nicht

1. für Personen, die Leistungen nach § 10 Absatz 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf Bezug nehmenden Vorschriften erhalten,
 2. freiwillig gesetzlich Versicherte mit einem monatlichen Beitragszuschuss zur Krankenversicherung von weniger als 21 Euro sowie
 3. für berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden.“
- (5) Die Absätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet worden sind.

8.3 Zu Absatz 3

8.3.1 *¹Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen oder Kostenanteile sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. ²Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Von der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. ³Bei den nicht durch Zuschüsse der Krankenversicherung gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen oder Kostenanteile.*

8.3.2 *¹Nach § 53 SGB V (Wahltarife) können die gesetzlichen Krankenkassen bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V vorsehen, dass die Versicherten jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten zu übernehmen haben (Selbstbehalt). ²Soweit Selbstbehalte von der Krankenkasse angerechnet werden, sind sie nicht beihilfefähig.*

8.4 Zu Absatz 4

8.4.1 *¹Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel), die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden sowie kieferorthopädische Behandlung) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z. B. der Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). ²Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 9 Abs. 1 Satz 1 angerechnet.*

8.4.2 *¹Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249 a SGB V). ²Satz 3 gilt nicht für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag monatlich weniger als 21 Euro beträgt.*

8.4.3 *¹Da nach Satz 3 Nr. 1 bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. ²Festbeträge können gebildet werden für
– Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
– Hilfsmittel (§ 36 SGB V).*

³Als Festbeträge gelten auch

– die Vertragssätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V (Sehhilfen),

– der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V (Zuschuss zu den Kosten bei fehlender Indikation für Kontaktlinsen, der für eine erforderliche Brille aufzuwenden wäre),

– der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Sehhilfen bis zum 14. Lebensjahr) sowie

– der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V (Beschränkung des Entgeltes für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen auf Festbeträge in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen).

8.4.4 *¹Satz 3 Nr. 2 erfasst die Fälle, in denen sich die oder der gesetzlich Pflichtversicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z. B. privatärztliche Behandlung durch eine Kassenärztin oder einen Kassenarzt). ²Wäre im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung erfolgt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. ³Gehört die behandelnde Person oder die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Personenkreis, ist § 9 Abs. 3 anzuwenden.*

§ 9 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

(1) Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen

abzuziehen. Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an Beihilferechtigte, die dem gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaft angehören. Unterhaltsansprüche von Beihilferechtigten gelten nicht als Ansprüche auf Kostenerstattung.

(2) Von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.

(3) Sind Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe anzusetzen. Andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, sind in Höhe von 50 Prozent der entstandenen Aufwendungen als zustehende Erstattungs- oder Sachleistungen anzusetzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für

1. Erstattungen und Sachleistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen,
 2. berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, und
 3. Erstattungen und Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.
- (4) Bei Beihilferechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 Sätze 1 bis 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.

§ 10 Beihilfeanspruch

(1) Auf Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten und grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden. Die Pfändung wegen einer Forderung auf Grund einer beihilfefähigen Leistung der Forderungsgläubigerin oder des Forderungsgläubigers ist insoweit zulässig, als die Beihilfe noch nicht ausgezahlt ist.

(2) Nach dem Tod der oder des Beihilferechtigten kann die Beihilfe mit befreiender Wirkung auf folgende Konten gezahlt werden:

1. das Bezügekonto der oder des Verstorbenen,
2. ein anderes Konto, das von der oder dem Verstorbenen im Antrag oder in der Vollmacht angegeben wurde, oder
3. ein Konto einer oder eines durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde ausgewiesenen Erbin oder Erben.“

10.2 Zu Absatz 2

10.2.1 *1Nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) besteht für Beihilferechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit Wohnsitz in Deutschland ab dem 1. Januar 2009 die Pflicht, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrecht zu erhalten. 2Wer weder gesetzlich versichert ist noch einen Anspruch auf Leistungen eines anderen Versorgungssystems wie freie Heilfürsorge hat, ist verpflichtet, den nicht von der Beihilfe abgedeckten Teil nach einem Tarif der privaten Krankenversicherung zu versichern, der mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei dem der Selbstbehalt die nach § 193 Absatz 3 Satz 1 zulässige Höhe nicht übersteigt. 3Wird der Nachweis des Krankenversicherungsschutzes nicht erbracht, wird keine Beihilfe gewährt werden. 4Wohnsitz ist der Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes.*

10.2.2 *1Unabhängig vom Leistungsumfang genügt eine vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Teilversicherung der Versicherungspflicht, sofern keine konkreten Anhaltspunkte für die Annahme vorliegen, dass die oder der Beihilferechtigte für sich und berücksichtigungsfähige Angehörige die weder von der Beihilfe noch von der Krankenversicherung abgedeckten Krankheitskosten aus eigenen Mitteln nicht vollständig bestreiten kann. 2Ein nur zahnärztliche Leistungen abdeckender Tarif beispielsweise ist keine Teilversicherung, die der Versicherungspflicht genügt. 3Diese Verträge dürfen nicht so geändert werden, dass die Deckungslücke zwischen Versicherungsschutz und Beihilfeanspruch vergrößert wird. 4Zusätzlich dürfen die Selbstbehalte durch Änderungen nicht über die in § 193 Absatz 3 Satz 1 VVG genannten Beträge hinaus erstmals oder weiter erhöht werden. 5Beihilferechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen steht Beihilfe zu, wenn sie rechtmäßig über keinen Versicherungsschutz verfügen, beispielsweise weil sich ihr Wohnsitz im Ausland befindet.*

10.2.3 *Ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht, da nach § 14 in Verbindung mit § 17 SGB IV und nach der Sozialversicherungsentgeltverordnung Beamtenbezüge nicht zum Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung zählen.*

10.2.4 *Ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten gilt als eine der Versicherungspflicht genügende Absicherung.*

§ 11 Aufwendungen im Ausland

(1) Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 6 Abs. 3 ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären.

(2) Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten, die im Inland entstanden wären, beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
2. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,
3. in der Nähe der deutschen Grenze wohnende Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige bei akutem Behandlungsbedarf das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten,
4. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten oder
5. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist.

Eine Anerkennung nach Satz 1 Nummer 5 kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist; in begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

(3) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dies gilt nicht in den Fällen des § 31 Abs. 5.



Kapitel 2

Aufwendungen in Krankheitsfällen

Abschnitt 1 Ambulante Leistungen

§ 12 Ärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 in Krankheitsfällen grundsätzlich beihilfefähig. Die Vorschriften des Kapitels 4 bleiben unberührt. Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der oder des Beihilfberechtigten trägt die Festsetzungsstelle.

§ 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern

Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nach Maßgabe des § 6 Abs. 3 Satz 4 beihilfefähig.

§ 14 Zahnärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 grundsätzlich beihilfefähig. Für Zahnersatz und implantologische Leistungen kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den beihilfefähigen Aufwendungen. Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der oder des Beihilfberechtigten trägt die Festsetzungsstelle.

§ 15 Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind beihilfefähig bei

1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
 - a) Tumoroperationen,
 - b) Entzündungen des Kiefers,
 - c) Operationen infolge großer Zysten, zum Beispiel großer follikulärer Zysten oder Keratozysten,
 - d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien oder
 - f) Unfällen,
2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (zum Beispiel Spastiken) oder
5. implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer.

Im Fall des Satzes 1 Nummer 5 sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Liegt keiner der in Satz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Fälle vor, sind die Aufwendungen für höchstens zwei Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, sind entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate zu kürzen. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind immer beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
2. bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt und die Festsetzungsstelle den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der auf Grundlage des Heil- und Kostenplanes von der Festsetzungsstelle genehmigten kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig. Die Aufwendungen für den Heil- und Kostenplan nach Satz 1 sind beihilfefähig. Bei einem von der oder dem Beihilfberechtigten oder der oder dem berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu vertretenden Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einem Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden bleiben nur die Aufwendungen beihilfefähig, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind.

(3) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen:

Rechtsvorschriften

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,
2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen oder
5. umfangreiche Gebiss-Sanierungen. Diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist. Die oder der Beihilferechtigte hat der Festsetzungsstelle eine Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nummer 8000 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vorzulegen.“

15.1.3 *Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurde, sofern der oder die Beihilferechtigte nicht in geeigneter Weise, z. B. durch Beihilfebescheide oder Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgeber glaubhaft machen kann (Urteil BVerwG vom 28.5.2008 – 2 C 12/07).*

§ 16 Auslagen, Material- und Laborkosten

- (1) Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Abs. 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C, F und K und den Nummern 7080 bis 7100 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 40 Prozent beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Indikationen nach § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4.
- (2) Wenn der auf die in Absatz 1 genannten Aufwendungen entfallende Anteil nicht nachgewiesen ist, sind 40 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages anzusetzen.

§ 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf

- (1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.
- (2) Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind Aufwendungen für
 1. prothetische Leistungen,
 2. Inlays und Zahnkronen,
 3. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
 4. implantologische Leistungen.Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn die oder der Beihilferechtigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

§ 18 Psychotherapeutische Leistungen

- (1) Psychotherapeutische Leistungen sind Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 19), der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie (§ 20) sowie der Verhaltenstherapie (§ 21).
- (2) Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie sind nur beihilfefähig bei
 1. affektiven Störungen (depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen, Dysthymie),
 2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
 3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
 4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
 5. Essstörungen,
 6. nichtorganischen Schlafstörungen,
 7. sexuellen Funktionsstörungen,
 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
 9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.
- (3) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für eine Psychotherapie beihilfefähig bei
 1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
 2. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioid- und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
 3. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

Rechtsvorschriften

4. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,
 5. psychischer Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.
- Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Anlage 3 Abschnitt 2 bis 4 erbracht werden. Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.
- (4) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn
1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung seelischer Krankheiten nach Absatz 1 dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
 2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie höchstens acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
 3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.
- Das Gutachten nach Satz 1 Nummer 3 ist bei einer Gutachterin oder einem Gutachter einzuholen, die oder der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Ersatzkassen e. V. bestellt worden ist. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder bei einer Ärztin oder einem Arzt eingeholt werden, die oder den der Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes beauftragt hat.
- (5) Für die psychosomatische Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.
- (6) Aufwendungen für
1. katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig,
 2. Rational-Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig,
 3. eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.
- (7) Vor Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung muss eine Ärztin oder ein Arzt vornehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich bestätigen.
- (8) Haben Beihilfeberechtigte nach § 3 oder ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen am Dienstort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen, sind die Aufwendungen für die folgenden Leistungen auch dann beihilfefähig, wenn die Leistungen internetgestützt erbracht werden:
1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte oder
 2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.
- Bei internetgestützter Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie in Gruppen sowie analytische Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie sind nach Einholung eines erneuten Gutachtens gegebenenfalls umzuwandeln. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind. Das Therapieverfahren kann durch Einzelkontakt mittels Telefon oder E-Mail erfolgen.
- (9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 19 bis 21 und
 2. die in Anlage 3 Abschnitt 1 aufgeführten Behandlungsverfahren.

§ 19 Psychosomatische Grundversorgung

- (1) Die psychosomatische Grundversorgung, zu der Beihilfe gewährt wird, umfasst
 1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder
 2. übende und suggestive Interventionen nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).
- (2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

Rechtsvorschriften

1. verbale Intervention als einzige Leistung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
2. autogenes Training und Jacobson'sche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich sowie
3. Hypnose als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen.

Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 dürfen nicht in derselben Sitzung mit Leistungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 kombiniert werden. Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen der Ärztin oder des Arztes beihilfefähig. (Absatz 3 aufgehoben)

§ 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Erwachsenen:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle	30 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht wurde	höchstens 20 weitere Sitzungen	höchstens 20 weitere Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	80 weitere Sitzungen	40 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmal 80 weitere Sitzungen	nochmals 40 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht wurde	begrenzte Behandlungsdauer von bis zu 60 weiteren Sitzungen	begrenzte Behandlungsdauer von bis zu 30 weiteren Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals 30 weitere Sitzungen	nochmals 30 weitere Sitzungen

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals 40 weitere Sitzungen	nochmals 30 weitere Sitzungen

In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten belegte notwendige Behandlung auf für eine über die in Satz 1 Nummer 3 und 4 zugelassene Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkannt werden. Hierüber entscheidet die oberste Dienstbehörde.

Rechtsvorschriften

- (2) Der Beihilfefähigkeit steht nicht entgegen, wenn bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden.
- (3) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppen-therapie grundsätzlich ausgeschlossen. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien aufgrund eines besonders begründeten Erstantrages durchgeführt werden.

§ 21 Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bei Erwachsenen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen
nur in besonderen Ausnahmefällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	45 Sitzungen	15 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen
nur in besonderen Ausnahmefällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 18 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach Anlage 3 Abschnitt 4 vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonderen 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 beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 18 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.

Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen

§ 22 Arznei- und Verbandmittel

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich nach Art und Umfang schriftlich verordnete oder während einer Behandlung verbrauchte

1. Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes, die apothekenpflichtig sind,
2. Verbandmittel,
3. Harn- und Blutteststreifen sowie
4. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in Anlage 4 aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen (Anlage 5), es sei denn, dass im Einzelfall nicht der in Anlage 5 genannte Zweck, sondern die Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung im Vordergrund steht, die eine Krankheit ist, und
 - a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oder
 - b) die anderen zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,

Rechtsvorschriften

2. verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von
 - a) Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt,
 - b) Mund- und Rachenerkrankungen, ausgenommen bei
 - aa) Pilzinfektionen,
 - bb) Geschwüren in der Mundhöhle oder
 - cc) nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,
 - c) Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase oder
 - d) Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumortherapie und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Menièrescher Symptomkomplex, soweit die Arzneimittel nicht für Minderjährige bestimmt sind,
 3. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, sie
 - a) sind für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und für Kinder unter zwölf Jahren bestimmt,
 - b) wurden für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oder
 - c) gelten bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard und werden mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet; die beihilfefähigen Ausnahmen ergeben sich aus Anlage 6,
 4. hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung; dies gilt nicht bei Personen unter 20 Jahren oder wenn diese Mittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden.
- (3) Aufwendungen für Arzneimittel, die nach Anlage 7 den Arzneimittelgruppen, für die ein Festbetrag nach § 35 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt werden kann, zuzuordnen sind, sind nur bis zur Höhe der Festbeträge nach den Übersichten nach § 35 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.
- (4) Aufwendungen für Arzneimittel, bei denen nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist, sind nach Maßgabe der Anlage 8 beihilfefähig. Arzneimittel nach Satz 1 können darüber hinaus im Einzelfall als beihilfefähig anerkannt werden, wenn eine medizinische Stellungnahme darüber vorgelegt wird, dass das Arzneimittel zur Behandlung notwendig ist.
- (5) Aufwendungen für ärztlich verordnete Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Aufwendungen für Elementardiäten sind beihilfefähig für Kinder unter drei Jahren mit Kuhmilchweiß-Allergie; dies gilt ferner bei Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden. Im Übrigen sind Aufwendungen für Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Krankenkost und diätetische Lebensmittel nicht beihilfefähig.

§ 23 Heilmittel

- (1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig, wenn diese in Anlage 9 aufgeführt sind und von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe nach Anlage 10 angewandt werden. Bei einer Sprachtherapie sind auch Aufwendungen für Leistungen staatlich anerkannter Sprachtherapeuten sowie vergleichbar qualifizierter Personen beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind auf die in Anlage 9 genannten Höchstbeträge beschränkt.
- (2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel anstelle der in Absatz 1 Satz 3 genannten Höchstbeträge nach den ortsüblichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich, außer bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, um 10 Prozent der Kosten, die die maßgeblichen Höchstbeträge nach Absatz 1 Satz 3 übersteigen, höchstens jedoch um 10 Euro zuzüglich 10 Euro für jede Verordnung.

§ 24 Komplextherapie und integrierte Versorgung

- (1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Abs. 3 und § 23 Abs. 1 in angemessener Höhe beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Komplextherapie von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht wird, dem auch Ärztinnen, Ärzte, psychologische Psychotherapeutinnen, psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen nach Anlage 10 angehören müssen.
- (2) Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht nach Absatz 1 beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in der Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.

§ 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind vorbehaltlich Absatz 4 Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung der in Anlage 11 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes im Sinne von Satz 1 sind nach Ablauf von sechs Monaten seit Anschaffung beihilfefähig, wenn eine erneute ärztliche Verordnung vorliegt.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die

1. einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,
2. einen niedrigen Abgabepreis haben,
3. der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder
4. in Anlage 12 genannt sind.

(3) Aufwendungen für das Mieten von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nach Absatz 1 Satz 1 sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die Aufwendungen für deren Anschaffung sind und diese sich dadurch erübrigt.

(4) Sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 weder in Anlage 11 oder 12 aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar, sind hierfür getätigte Aufwendungen ausnahmsweise beihilfefähig, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen. Soweit das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern allgemein erklärt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen. Absatz 2 bleibt unberührt.

(5) Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind nur in Höhe des 100 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

§ 26 Krankenhausleistungen

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

1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung),
3. Wahlleistungen in Form
 - a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne der §§ 16 und 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 22 der Bundespflegesatzverordnung,
 - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne der §§ 16 und 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 22 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und
 - c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach § 22 sowie
4. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, die allgemeinen Krankenhausleistungen (Absatz 1 Nummer 2) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt; dabei wird die obere Grenze des nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt,
2. in allen anderen Fällen der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, soweit der tägliche Gesamtbetrag folgende Beträge nicht übersteigt:

Rechtsvorschriften

- a) bei vollstationärer Behandlung Volljähriger 293,80 Euro,
 - b) bei teilstationärer Behandlung Volljähriger 225,60 Euro,
 - c) bei vollstationärer Behandlung Minderjähriger 379,20 Euro,
 - d) bei teilstationärer Behandlung Minderjähriger 286,80 Euro,
3. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors abzüglich 14,50 Euro täglich,
4. zur Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste.
- Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 gilt entsprechend. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteile der Leistungen nach Absatz 1 Nummer 2 sind. Vor der Aufnahme in ein Krankenhaus nach Satz 1 kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.
- (3) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungs-ort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b entspricht, es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Der in Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b genannte Abzugsbetrag ist zu berücksichtigen. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden.

§ 27 Häusliche Krankenpflege

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, soweit sie angemessen und nach ärztlicher Verordnung medizinisch erforderlich sind und die häusliche Krankenpflege

1. nicht länger als vier Wochen andauert,
2. weder von der oder dem Beihilfeberechtigten oder einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen noch von einer anderen im Haushalt lebenden Person durchgeführt werden kann und
3. im eigenen Haushalt oder an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.

In Ausnahmefällen können die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum anerkannt werden, wenn eine medizinische Stellungnahme darüber vorgelegt wird, dass häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Ist eine Behandlungspflege erforderlich, um sicherzustellen, dass das Ziel der ärztlichen Behandlung erreicht wird, ist Satz 1 Nummer 1 nicht anzuwenden.“

(2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 umfasst

1. Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,
2. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und
3. ambulante psychiatrische Krankenpflege.

(3) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der Absätze 1 und 2 durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des Gepflegten durchgeführt, sind nur beihilfefähig:

1. Aufwendungen für Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person und
2. eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.

§ 28 Familien- und Haushaltshilfe

(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn

1. die oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen ihrer oder seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 26 und 32 Abs. 1, § 34 und 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 5, §§ 39 und 40 Abs. 2) nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
2. im Haushalt mindestens eine Beihilfeberechtigte, ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, die oder der pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

In besonderen Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde von diesen Voraussetzungen abgewichen werden.

(2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen Unterbringung beihilfefähig, wenn deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wurde. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Im Todesfall der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Absatz 1 für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. § 27 Abs. 3 gilt entsprechend.

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

Rechtsvorschriften

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

§ 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland

- (1) Aufwendungen Beihilfeberechtigter nach § 3 für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn
 1. eine ambulante ärztliche Behandlung der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die oder der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
 2. mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und
 3. die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.
- (2) Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet ist und der Dienstort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer.
- (3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienstortes mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Übernehmen die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin und der Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des die Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch Nehmenden die Führung des Haushalts, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

§ 30 Psychotherapie

Aufwendungen für Psychotherapie sind beihilfefähig, wenn die oder der Beihilfberechtigte 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. Inhalt und Ausgestaltung der Psychotherapie richten sich nach § 37 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 31 Fahrtkosten

- (1) Aufwendungen für Rettungsfahrten zum Krankenhaus sind beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
- (2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten
 1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,
 2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn
 - a) dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder
 - b) die Festsetzungsstelle zugestimmt hat,
 3. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung in besonderen Ausnahmefällen nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle,
 4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine – andernfalls medizinisch gebotene – stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
 5. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
 6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist, und
 7. der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten Kindes oder Jugendlichen in begründeten Ausnahmefällen.
- (3) Nicht beihilfefähig sind
 1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen sowie
 2. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Behandlungen außerhalb der Europäischen Union. Ausnahmen sind zulässig, soweit sie aus zwingenden medizinischen Gründen im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes erforderlich sind. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.
- (4) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Bundesreisekostengesetz entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung nur nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes gewährt wird. Bei Fahrten nach den Absätzen 1 und 2 Nr. 6 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.
- (5) Ist für Beihilfberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn
 1. eine sofortige Behandlung geboten war oder

- die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

§ 32 Unterkunftskosten

- Aufwendungen für Unterkunft anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen sind bis zur Höhe von 150 Prozent der Sätze nach § 7 Abs. 1 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfefähig. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft in gleicher Höhe beihilfefähig.
- Werden ärztlich verordnete Heilmittel in einer Einrichtung verabreicht, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch Pauschalen beihilfefähig. Dies gilt auch, wenn die Pauschalen einen Verpflegungsanteil enthalten.
- Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 sind für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch beihilfefähig für notwendige ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Gastlandes. Die Aufwendungen für eine Unterkunft im Ausland sind bis zu 150 Prozent der Höhe der Auslandsübernachtungssätze nach der Anlage zur Auslandsreisekostenverordnung beihilfefähig.

§ 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, sind beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.

Abschnitt 3 Rehabilitation

§ 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

- Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. In Ausnahmefällen liegt eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Behandlung erfolgt, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung stand.
- Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Aufwendungen für die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.
- Die Beihilfefähigkeit nach den Absätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die dort genannten ärztlichen Verordnungen die Rehabilitationsmaßnahme jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet haben und nicht von der Einrichtung stammen, bei der die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird. Die Einrichtung muss für die Durchführung der Anschlussheil- oder Suchtbehandlung geeignet sein. Maßnahmen nach Absatz 2 sind nur nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. In begründeten Ausnahmefällen kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.
- § 31 Absatz 2 sowie § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 1 bis 4 und 5 Buchstabe a und b gelten entsprechend ohne die zeitliche Begrenzung des Satzes 2 Nummer 5 Buchstabe a und b auf 21 Tage.

§ 35 Rehabilitationsmaßnahmen

- Beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen und besondere Heilbehandlungen durchführen, beispielsweise mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie, soweit die dafür erforderliche Ausstattung und das Pflegepersonal vorhanden sind,
 - Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung,
 - ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert,
 - ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für Beihilfeberechtigte nach § 2 Abs. 1 Nr. 1,
 - ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und

Rechtsvorschriften

6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.
- (2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18 und 22 bis 25 und 26 Abs. 1 Nr. 3 beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 bis 4 beihilfefähig:
 1. Fahrtkosten für die An- und Abreise
 - a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und
 - b) mit privaten Kraftfahrzeugen in entsprechender Anwendung des § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes, insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
 2. Aufwendungen durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannter Begleitpersonen,
 3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitpersonen,
 4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,
 5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
 - a) bei stationärer Rehabilitation einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
 - b) für Begleitpersonen bei stationärer Rehabilitation für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) 70 Prozent des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,
 - c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt,
 - d) bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und
 - e) der Begleitpersonen bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise). Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Nr. 6 sind bis zur Höhe von 6,20 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.

Bei Leistungen nach Absatz 1 Nummer 5 gilt Satz 2 Nummer 1 entsprechend.

§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf entsprechenden Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten einer Amtsärztin, eines Amtsarztes, einer von ihr beauftragten Ärztin oder eines von ihr beauftragten Arztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind und
3. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1 Nr. 4 erzielt werden kann.

Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.

(2) Die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.

(3) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Abs. 1 Nr. 1 in einer ausländischen Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn vor Beginn der Maßnahme die oder der von der Festsetzungsstelle beauftragte Ärztin oder Arzt die Einrichtung für geeignet erklärt hat und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimataurlaubsreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der in § 9 Abs. 1 erwähnten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat.

§ 37 Grundsatz

(1) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige Leistungen der Pflegeversicherung

1. beziehen oder
2. beantragt haben und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

(2) Pflegebedürftige im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind. Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten auch Beihilfe zu den Aufwendungen für Betreuungsleistungen nach § 45 b des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege

(1) Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe sind in Höhe der in § 36 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig, soweit sie die in § 14 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Verrichtungen zur Sicherstellung der Grundpflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung sowie die Betreuungsleistungen nach § 36 Absatz 1 Satz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch betreffen und für geeignete Pflegekräfte entstehen, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Ausgenommen sind dabei Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1, soweit sie nach § 27 beihilfefähig sind. § 36 Abs. 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 kann auch eine Pauschalbeihilfe gewährt werden, soweit die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die getätigten Aufwendungen im Rahmen der Pauschalbeihilfe zur Hälfte berücksichtigt. Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, soweit Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26 c des Bundesversorgungsgesetzes berühren die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. Darüber hinaus sind Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sowie die in § 44 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit beihilfefähig.

(3) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gewährt wird.

(4) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.

(5) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind nur beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der oder des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. § 41 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Pflegebedürftige können die beihilfefähigen Aufwendungen für die teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege mit Aufwendungen für die häusliche Pflege nach Absatz 1 oder Absatz 2 nach ihrer Wahl kombinieren. § 41 Absatz 4 bis 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(6) Bei Verhinderung der Pflegeperson und bei Kurzzeitpflege gelten die §§ 39 und 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(7) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die die Voraussetzungen des § 45 a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten Beihilfe zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen. § 45 b des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Wird der Höchstbetrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderjahr übertragen werden.

(8) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Abs. 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(9) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der oder des Pflegebedürftigen

nach § 40 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist der Aufwendungsbetrag dem Grunde nach beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss abgerechnet wird.

§ 39 Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung sind beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Beihilfefähig sind:

1. pflegebedingte Aufwendungen,
2. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt wird, und
3. Aufwendungen für soziale Betreuung.

§ 43 Absatz 2, 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, Verpflegung und Unterkunft einschließlich der Investitionskosten sind auf besonderen Antrag beihilfefähig, soweit die Pflegeeinrichtung monatlich abrechnet und von den durchschnittlichen monatlichen Einnahmen nach Absatz 3 nicht mindestens ein Betrag in Höhe der Summe der folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

1. 8 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede Beihilfeberechtigte, jeden Beihilfeberechtigten, jede berücksichtigungsfähige Angehörige, jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen, jede Ehegattin, jeden Ehegatten, jede Lebenspartnerin oder jeden Lebenspartner, für die oder den ein Anspruch nach Absatz 1 oder § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
2. 30 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für eine Beihilfeberechtigte, einen Beihilfeberechtigten, eine Ehegattin, einen Ehegatten, eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, für die oder den kein Anspruch nach Absatz 1 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
3. 3 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht, und
4. 3 Prozent des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten.

Satz 1 gilt bei anderen Abrechnungszeiträumen entsprechend. Satz 1 gilt nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Hat eine Beihilfeberechtigte, ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger Anspruch auf Zuschuss zu den Unterkunfts-, Investitions- und Verpflegungskosten nach landesrechtlichen Vorschriften, sind die Aufwendungen nach Satz 1 in Höhe des tatsächlich gezahlten Zuschusses zu mindern.

(3) Als Einnahmen im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 gelten die folgenden im Kalenderjahr vor der Antragstellung erzielten Einkünfte:

1. die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleibenden Bruttobezüge nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 des Bundesbesoldungsgesetzes mit Ausnahme des kinderbezogenen Familienzuschlags und des Altersteilzeitzuschlags,
2. die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleibenden Bruttobezüge nach § 2 des Beamtenversorgungsgesetzes mit Ausnahme des Unterschiedsbetrags nach § 50 Absatz 1 Satz 2 des Beamtenversorgungsgesetzes, soweit der oder dem Beihilfeberechtigten nicht nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen; der Unfallausgleich nach § 35 des Beamtenversorgungsgesetzes und die Unfallentschädigung nach § 43 des Beamtenversorgungsgesetzes sowie die Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberücksichtigt,
3. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der oder des Beihilfeberechtigten, der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt, sowie
4. der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners.

Die Einnahmen sind jährlich nachzuweisen. Macht die oder der Beihilfeberechtigte glaubhaft, dass die Einnahmen im Jahr der Antragstellung voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zugrunde zu legen.

(4) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen. § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Rechtsvorschriften

- (5) Beihilfefähig sind Aufwendungen nach § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.
- (6) Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig.“

§ 40 Palliativversorgung

- (1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37 b Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 37 b Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.
- (2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.

Kapitel 4 Aufwendungen in anderen Fällen

§ 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

- (1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich sind beihilfefähig. Die §§ 20 d, 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Daneben sind die in Anlage 13 aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen beihilfefähig.
- (2) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für
1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
 2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
 3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4050, 4055 und 4060 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte und Nummer 1 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.
- (3) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, die nicht nach anderen Vorschriften dieser Verordnung beihilfefähig sind, in Verwaltungsvorschriften für diejenigen Fälle ausnahmsweise zulassen, in denen die Gewährung von Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist.
- (4) § 31 Abs. 5 in Verbindung mit § 49 Abs. 5 Nr. 3 gilt entsprechend.

§ 42 Schwangerschaft und Geburt

- (1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind neben den Leistungen nach Kapitel 2 beihilfefähig Aufwendungen für
1. die Schwangerschaftsüberwachung,
 2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger,
 3. von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. § 27 Abs. 3 gilt entsprechend.
- (2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind in Geburtsfällen zusätzlich die vor Aufnahme in ein Krankenhaus am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft beihilfefähig. § 32 Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt des Ehegatten, der Lebenspartnerin, der Eltern oder der Kinder der Schwangeren.

§ 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

- (1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind beihilfefähig, soweit deren Inhalt und Ausgestaltung den Grundsätzen nach § 27 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen.
- (2) Aufwendungen für eine durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommene Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist.
- (3) Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexuaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig.

Rechtsvorschriften

(4) Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen nach den §§ 12, 22, 26, 28, 29, 31 und 32 beihilfefähig. Daneben sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs beihilfefähig.

§ 44 Tod der oder des Beihilfeberechtigten

Ist eine Beihilfeberechtigte oder ein Beihilfeberechtigter während einer Dienstreise, einer Abordnung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer oder seiner Hauptwohnung nach § 12 Abs. 2 Satz 2 des Melderechtsrahmengesetzes verstorben, sind die Kosten der Überführung beihilfefähig. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig. Der Bemessungssatz für die Überführungskosten beträgt 100 Prozent.

§ 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe und Organspende

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. Erste Hilfe,
 2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe und
 3. Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige soweit die Kommunikationshilfen für den Erfolg beihilfefähiger Leistungen zur Kommunikation Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger mit den Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern im Einzelfall, insbesondere wegen der Komplexität der Kommunikation, erforderlich ist und im Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde.
- (2) Beihilfefähig sind Aufwendungen bei postmortalen Organspenden (Vermittlung, Entnahme, Versorgung und Transport des Organs sowie die Organisation für die Bereitstellung des postmortalen Organs zur Transplantation), soweit es sich bei den Organempfängern um Beihilfeberechtigte oder deren berücksichtigungsfähige Angehörige handelt.
- (3) Aufwendungen für eine Organspenderin oder einen Organspender sind entsprechend Kapitel 2 beihilfefähig, wenn die Organempfängerin oder der Organempfänger beihilfeberechtigt ist oder zu den berücksichtigungsfähigen Angehörigen zählt. Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkünften, der von der Organspenderin oder dem Organspender nachgewiesen wird oder von Personen, die als Organspenderin oder Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen. Dem Arbeitgeber der Organspenderin oder des Organspenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt entsprechend des Bemessungssatzes der Organempfängerin oder des Organempfängers erstattet.
- (4) Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einer nicht verwandten Blutstammzellspenderin oder einem nicht verwandten Blutstammzellspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register sind beihilfefähig.

Kapitel 5 Umfang der Beihilfe

§ 46 Bemessung der Beihilfe

- (1) Beihilfe wird als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt der Leistungserbringung. In Pflegefällen können, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist, auch Pauschalen gezahlt werden.
- (2) Soweit Absatz 3 nichts anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für
1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent,
 2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
 3. berücksichtigungsfähige Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner 70 Prozent und
 4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.
- (3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren Beihilfeberechtigten nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer oder einem Beihilfeberechtigten nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Beihilfeberechtigte, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag vor Beginn der Elternzeit zustand. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.
- (4) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent.

Rechtsvorschriften

46.3 Zu Absatz 3

46.3.1 *Bei mehreren Beihilfeberechtigten wird der Bemessungssatz bei der oder dem Beihilfeberechtigten erhöht, die oder der die familienbezogenen Besoldungsbestandteile für mehr als ein berücksichtigungsfähiges Kind tatsächlich erhält. Die Beihilfeberechtigten bestimmen bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. Eine gesonderte Erklärung der Beihilfeberechtigten ist nicht erforderlich.*

46.3.2 *Diese Vorschrift ist nach § 58 Abs. 5 erstmals sechs Monate nach dem Inkrafttreten anzuwenden.*

46.3.3 *Bei mehreren Beihilfeberechtigten um unterschiedlichen Dienstherrn (z. B. Bund-Land; Bund-Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung nach dem Formblatt im Anhang 13 zu übersenden.*

46.4 Zu Absatz 4

46.4.1 *Nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe haben, die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zustehenden Leistungen zur Hälfte. Aus diesem Grund wird auch der Bemessungssatz für Pflegeaufwendungen auf 50 Prozent festgelegt. Dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.*

§ 47 Abweichender Bemessungssatz

(1) Die oberste Dienstbehörde oder eine von ihr bestimmte Behörde kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes den Bemessungssatz für Aufwendungen anlässlich einer Dienstbeschädigung angemessen erhöhen, soweit nicht bereits Ansprüche nach dem Beamtenversorgungsgesetz bestehen.

(2) Den Bemessungssatz von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit geringen Gesamteinkünften kann die oberste Dienstbehörde für höchstens drei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent der geringen Gesamteinkünfte übersteigt. Die geringen Gesamteinkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Ehegattin, den berücksichtigungsfähigen Ehegatten die berücksichtigungsfähige Lebenspartnerin oder den berücksichtigungsfähigen Lebenspartner ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 46 ergeben würden.

(3) Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz in weiteren besonderen Ausnahmefällen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes zwingend geboten ist. Hierbei ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung ausgeschlossen.

(4) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.

(5) Der Bemessungssatz erhöht sich für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in den Fällen nach § 31 Abs. 5 und § 41 Abs. 5 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen für die Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungs-, Untersuchungs- oder Entbindungsort, soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Abs. 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.

(6) In Fällen des § 39 Absatz 2 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent.

(7) Für beihilfefähige Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren Beiträge für eine private Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen mit mindestens 41 Euro monatlich bezuschusst werden, ermäßigt sich der Bemessungssatz für die Zuschussempfängerin oder den Zuschussempfänger um 20 Prozentpunkte. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

(8) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhöht sich der Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den §§ 38 und 39 auf 100 Prozent, wenn eine Pflegestufe vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthaltes keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.

(9) Das Bundesministerium des Innern kann für Gruppen von Beihilfeberechtigten Abweichungen von den §§ 46 und 47 festlegen, wenn ihnen bis zum Entstehen eines Beihilfeanspruchs nach dieser Verordnung ein Anspruch auf Beihilfe nach Landesrecht zustand und die Änderung der Anspruchsgrundlage auf einer bundesgesetzlichen Regelung beruht. Die Abweichungen sollen so festgelegt werden, dass wirtschaftliche Nachteile, die sich aus unterschiedlichen Regelungen über den Bemessungssatz ergeben, ausgeglichen werden. Die Festlegung bedarf des Einvernehmens des Bundesministeriums der Finanzen und des Ressorts, das nach der Geschäftsverteilung der Bundesregierung für die Belange der betroffenen Beihilfeberechtigten zuständig ist.

47.2 Zu Absatz 2

47.2.1 ¹Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung muss 15 Prozent des Gesamteinkommens übersteigen. ²Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 Prozent der Aufwendungen ermöglicht. ³In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 14,50 Euro täglich einzubeziehen. Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzahlung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI. ⁴Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. ⁵Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um maximal 10 Prozent. ⁶Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. ⁷Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 47 Abs. 2 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. ⁸Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen. ⁹Nach spätestens zwei Jahren sind die Voraussetzungen auf die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes aufgrund eines erneuten Antrags neu zu prüfen.

47.2.2 Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt.

§ 48 Begrenzung der Beihilfe

Die Beihilfe darf zusammen mit Sachleistungen und Erstattungen, die aus demselben Anlass aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung sowie aufgrund von anderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt werden, die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Der Umfang des bestehenden Krankenversicherungsschutzes einschließlich abgeschlossener Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist gegenüber der Festsetzungsstelle nachzuweisen. Hierbei bleiben Zahlungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, und das Sterbegeld nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 des Beamtenversorgungsgesetzes unberücksichtigt. Die Sachleistungen und Erstattungen sind durch Belege nachzuweisen. Dies gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz.

§ 49 Eigenbehalte

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 Euro und höchstens um 10 Euro, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten bei

1. Arznei- und Verbandmitteln im Sinne von § 22,
2. Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken,
3. Fahrten mit Ausnahme der Fälle nach § 35 Abs. 2,
4. Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag und
5. Soziotherapie je Kalendertag.

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt der Eigenbehalt 10 Prozent der insgesamt beihilfefähigen Aufwendungen, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

- (2) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Euro je Kalendertag bei
 1. vollstationären Krankenhausleistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 2, Absatz 2 und stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Abs. 1 und 2 Satz 1, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und
 2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1 Nr. 1 und 2.
- (3) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei häuslicher Krankenpflege um 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um 10 Euro je Verordnung.
- (4) Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von 10 Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigter, Beihilfeberechtigtem, berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder berücksichtigungsfähigem Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme
 1. ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen,
 2. zahnärztlichen Leistungen und
 3. Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern.
- (5) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für
 1. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, außer Fahrtkosten,
 2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
 3. ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,

Rechtsvorschriften

4. Arznei- und Verbandmittel nach § 22 Absatz 1 Nummer 1 und 2,
 - a) die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet worden sind oder
 - b) deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer mindestens 30 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, der diesem Preis zugrunde liegt.
5. Heil- und Hilfsmittel, soweit vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind, sowie
6. Harn- und Blutteststreifen.
- (6) Auf Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a in Verbindung mit § 314 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 257 Abs. 2 a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder beihilfeergänzend bei der Postbeamtenkrankenkasse versichert sind, werden die Eigenbehalte nach den Absätzen 1 bis 4 mit der Maßgabe angewandt, dass die von der privaten Krankenversicherung oder der Postbeamtenkrankenkasse abgezogenen Selbstbehalte als Eigenbehalte zu berücksichtigen sind.
- (7) Das Bundesministerium des Innern kann durch Verwaltungsvorschriften für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die sich besonders gesundheitsbewusst verhalten, indem sie regelmäßig an Vorsorgeprogrammen oder Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten teilnehmen, geringere Eigenbehalte festlegen.

§ 50 Belastungsgrenzen

(1) Auf Antrag sind nach Überschreiten der Belastungsgrenze nach Satz 5

1. Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen oder der Beihilfe für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen,
2. Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungs-pflichtige Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nummer 3, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, in voller Höhe als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:
 - a) für Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A 1 bis A 8 sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige 8 Euro ,
 - b) für Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige 12 Euro,
 - c) für Beihilfeberechtigte höherer Besoldungsgruppen sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige 16 Euro.

Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Eigenbehalte nach § 49 einbehalten worden sind. Dabei sind die Beträge nach § 49 Absatz 1 bis 3 entsprechend der Höhe des tatsächlichen Abzugs sowie Aufwendungen für Arzneimittel nach Nummer 2 zum entsprechenden Bemessungssatz zu berücksichtigen. Die oder der Beihilfeberechtigte hat das Einkommen nach § 39 Absatz 3, die anrechenbaren Eigenbehalte und die Aufwendungen für nicht verschreibungs-pflichtige Arzneimittel nachzuweisen. Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen 2 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 sowie für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), die zuletzt am 19. Juni 2008 (BAnz. S. 3017) geändert worden ist, 1 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3.

(2) Maßgeblich ist das Datum des Entstehens der Aufwendungen. Die Einnahmen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners werden nicht berücksichtigt, wenn sie oder er Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Die Einnahmen vermindern sich bei verheirateten oder in Lebenspartnerschaft lebenden Beihilfeberechtigten um 15 Prozent und für jedes berücksichtigungsfähige Kind im Sinne des § 4 Abs. 2 um den Betrag, der sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergibt. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsoferfürsorge getragen, ist für die Berechnung der Belastungsgrenze der nach Maßgabe der Regelsatzverordnung zu ermittelnde Regelsatz anzuwenden.

50.1 Zu Absatz 1

50.1.1 *'Eine Befreiung von Eigenbehalten wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Aufwendungen entstanden sind. Die Befreiung der Eigenbehalten umfasst sowohl die Eigenbehalte der oder des Beihilfeberechtigten als auch ihrer oder seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen.*

50.1.2 *'Der Begriff einer chronischen Erkrankung bestimmt sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V. Wer künftig chronisch erkrankt (dies gilt für weibliche Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die*

nach dem 1. April 1987 geboren wurden und für männliche Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die nach dem 1. April 1962 geboren wurden) muss außerdem durch geeignete Unterlagen (z. B. Rechnungskopien oder ärztliche Bescheinigungen) nachweisen, dass sie oder er sich vor der Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen hat beraten lassen, die zunächst auf die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs beschränkt sind.¹ Der erforderliche Nachweis bezieht sich nur auf die Durchführung der Beratung.² Vorsorgeuntersuchungen selbst müssen daraufhin nicht in Anspruch genommen worden sein.³ Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähige „chronische Krankheit“ vor.⁴ Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle.⁵ Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit schweren psychischen Erkrankungen oder schweren geistigen Behinderungen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zugemutet werden kann sowie Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.⁶ Die oder der Beihilfeberechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (z. B. ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt.⁷ Auf die alljährliche Einreichung eines Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet werden, wenn es keine Anzeichen für einen Wegfall der chronischen Erkrankung gibt.

50.1.3 *Die Beträge der Eigenbehalte nach § 49 Abs. 1 bis 3 sind nur entsprechend der Höhe des Beihilfebemessungssatzes nach § 46 zu berücksichtigen, da die oder der Beihilfeberechtigte auch nur mit diesem Betrag belastet ist. Beispiel: Ein Arzneimittel kostet 50 Euro minus 5 Euro Eigenanteil = 45 Euro beihilfefähiger Betrag, bei einem Bemessungssatz von 50 Prozent werden 22,50 Euro Beihilfe ausbezahlt; ohne Eigenanteil würde die oder der Beihilfeberechtigte eine Beihilfe von 25 Euro erhalten; die Differenz von 2,50 Euro entspricht der effektiven Belastung der oder des Beihilfeberechtigten durch den Eigenanteil.*

50.2 *Zu Absatz 2*

50.2.1 *Bei verheirateten Beihilfeberechtigten, die beide beihilfeberechtigt sind, erfolgt die Minderung des Einkommens um 15 Prozent jeweils für jede Beihilfeberechtigte und jeden Beihilfeberechtigten gesondert. Die Minderung für jedes Kind um den sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag erfolgt bei der oder dem Beihilfeberechtigten, die oder der das Kindergeld bezieht.*

Kapitel 6 Verfahren und Zuständigkeit

§ 51 Bewilligungsverfahren

(1) Über die Notwendigkeit und die wirtschaftliche Angemessenheit von Aufwendungen nach § 6 entscheidet die Festsetzungsstelle. Die oder der Beihilfeberechtigte ist zur Mitwirkung verpflichtet. § 60 Absatz 1 Satz 1, die §§ 62 und 65 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch sind entsprechend anzuwenden. Die Festsetzungsstelle kann auf eigene Kosten bei Sachverständigen Gutachten einholen. Ist für die Erstellung des Gutachtens die Mitwirkung der oder des Betroffenen nicht erforderlich, sind die nötigen Gesundheitsdaten vor der Übermittlung so zu anonymisieren, dass die Gutachterin oder der Gutachter einen Personenbezug nicht herstellen kann.

(2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall die Gutachten zugrunde zu legen, die für die private oder soziale Pflegeversicherung zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt wurden. Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Pflegeversicherung angehören, und bei Bedarf auch für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige hat die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen zu lassen.

Auf Antrag kann die Festsetzungsstelle Beihilfe für Aufwendungen in Pflegefällen (§§ 37 bis 39) bis zu zwölf Monate regelmäßig wiederkehrend leisten, wenn die oder der Beihilfeberechtigte sich in dem Antrag verpflichtet,

1. der Festsetzungsstelle jede Änderung der Angaben im Beihilfeantrag unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen und
2. den Beihilfeanspruch übersteigende Zahlungen zu erstatten.
- (3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der oder des Beihilfeberechtigten bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle als Zweitschrift oder in Kopie mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Liegen konkrete Anhaltspunkte dafür vor, dass eingereichte Belege gefälscht oder verfälscht sind, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der oder des Beihilfeberechtigten bei dem Urheber des Beleges Auskunft über die Echtheit einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen.
- (4) Die Belege über Aufwendungen im Ausland müssen grundsätzlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen. Kann die oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringen, hat

Rechtsvorschriften

die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen festzustellen. Auf Anforderung muss mindestens für eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der erbrachten Leistungen eine Übersetzung vorgelegt werden.

(5) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Soweit Belege zur Prüfung des Anspruchs auf Abschläge für Arzneimittel benötigt werden, können sie einbehalten werden. Soweit die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Belegen herstellt, werden diese einbehalten. Spätestens sechs Monate nach Unanfechtbarkeit des Beihilfebescheides oder nach dem Zeitpunkt, zu dem die Belege für Prüfungen einer der Rabattgewährung nach § 3 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel nicht mehr benötigt werden, sind sie zu vernichten und elektronische Abbildungen spurlos zu löschen.

(6) Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Festsetzungsstelle nach vorheriger Anhörung der oder des Beihilfeberechtigten zulassen, dass berücksichtigungsfähige Angehörige oder deren gesetzliche Vertreterinnen oder Vertreter ohne Zustimmung der oder des Beihilfeberechtigten die Beihilfe selbst beantragen.

(7) Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Die Festsetzungsstelle kann bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung anderer unbilliger Härten Ausnahmen zulassen.

(8) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag der oder des Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen leisten. Sie kann die Beihilfe in Ausnahmefällen im Einverständnis mit der oder dem Beihilfeberechtigten an Dritte auszahlen.

§ 52 Zuordnung von Aufwendungen

Beihilfefähige Aufwendungen werden zugeordnet:

1. für eine Familien- und Haushaltshilfe der außerhäuslich untergebrachten Person,
2. für eine Begleitperson der oder dem Begleiteten,
3. für eine familienorientierte Rehabilitation dem erkrankten Kind und
4. in Geburtsfällen einschließlich der Aufwendungen des Krankenhauses für das gesunde Neugeborene der Mutter.

§ 53 (aufgehoben)

§ 54 Antragsfrist

(1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Kriegsofopferfürsorge vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsofopferfürsorge die Aufwendungen bezahlt hat.

(2) Die Frist ist auch gewährt, wenn der Antrag von Beihilfeberechtigten nach § 3 innerhalb der Frist nach Absatz 1 bei der zuständigen Beschäftigungsstelle im Ausland eingereicht wird.

§ 55 Geheimhaltungspflicht

(1) Die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten. Sie dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie bekannt gegeben worden sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Befugnis zur Verwendung der Daten für einen anderen Zweck oder die oder der Betroffene hat schriftlich in die Zweckänderung eingewilligt.

(2) Personenbezogene Daten aus der Beihilfeakte dürfen ohne Einwilligung der oder des Betroffenen an die Bezugsstelle übermittelt werden, soweit die Kenntnis der Daten für die Festsetzung und Berechnung der Besoldung oder Versorgung oder für die Prüfung der Kindergeldberechtigung erforderlich ist.

§ 56 Festsetzungsstellen

(1) Festsetzungsstellen sind

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

(2) Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Die Beihilfebearbeitung darf nur auf Behörden des jeweiligen Dienstherrn übertragen werden. Die Übertragung ist im Gemeinsamen Ministerialblatt zu veröffentlichen.

(3) Die Festsetzungsstellen haben die Abschläge für Arzneimittel nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel geltend zu machen.

§ 57 Verwaltungsvorschriften

Das Bundesministerium des Innern erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.

Kapitel 7 Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 58 Übergangsvorschriften

- (1) Auf Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, ist die Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI S. 919), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379), weiter anzuwenden.
- (2) Auf Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung als berücksichtigungsfähige Angehörige unter der Einkommensgrenze nach § 5 Abs. 4 der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Beihilfenvorschriften des Bundes lagen, aber die Einkommensgrenze nach § 4 Abs. 1 überschreiten, ist die bisherige Einkommensgrenze bis zur erstmaligen Überschreitung weiter anzuwenden.
- (3) Kinder der oder des Beihilfeberechtigten, die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hochschule oder Fachhochschule eingeschrieben sind, gelten abweichend von § 4 Abs. 2 längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich der geleisteten Zeiten des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes als berücksichtigungsfähige Angehörige. Die Übergangsregelung hat keine Auswirkung auf den Bemessungssatz der oder des Beihilfeberechtigten.
- (4) Auf Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, deren Bemessungssatz nach § 14 Abs. 6 Nr. 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI 2001, S. 919), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI 2004 S. 379), unbefristet erhöht wurde, ist dieser erhöhte Bemessungssatz für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung weiter anzuwenden. Anschließend prüft die Festsetzungsstelle, ob die Voraussetzungen des erhöhten Bemessungssatzes nach § 47 Abs. 2 vorliegen. Die Prüfung ist alle zwei Jahre zu wiederholen. Liegen die Voraussetzungen nicht vor, ist der Bescheid über die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 49 Abs. 2 und 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes zu widerrufen. Die Sätze 1 bis 3 gelten für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger entsprechend.
- (5) § 46 Abs. 3 Satz 2 ist erstmals ab 1. Januar 2010 anzuwenden. Bis dahin ist § 14 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI 2001, S. 919), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI 2004, S. 379) weiter anzuwenden.
- (6) In § 4 Abs. 2 Nr. 1 und 2, § 5 Abs. 4 und § 46 Abs. 3 Satz 2 ist unter der Bezeichnung „Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes“ ab dem 1. Juli 2010 die Bezeichnung „Auslandszuschlag nach § 53 Abs. 4 Nr. 2 und Nummer 2a des Bundesbesoldungsgesetzes“ zu verstehen.
- (7) Für am 20. September 2012 vorhandene freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist § 47 Absatz 6 in der bis zum 19. September 2012 geltenden Fassung bis zum 20. September 2017 weiter anzuwenden. Anschließend gilt § 6 Absatz 7 entsprechend für die Erhöhung des Bemessungssatzes.
- (8) Beihilfe für Aufwendungen einer Lebenspartnerin oder eines Lebenspartners und deren Kinder, die die Voraussetzungen des § 4 erfüllen, wird rückwirkend ab 14. Februar 2009 gewährt. Für Aufwendungen, die vom 1. Januar 2009 bis 13. Februar 2009 entstanden sind, gelten die Beihilfenvorschriften in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. November 2001 (GMBI S. 919), die zuletzt durch die allgemeine Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI S. 379) geändert worden sind, mit der Maßgabe, dass Lebenspartner Ehegatten gleichgestellt sind. Die Antragsfrist nach § 54 beginnt frühestens am Tag nach dem Inkrafttreten von Artikel 1 des Gesetzes zur Übertragung ehebezogener Regelungen im öffentlichen Dienstrecht auf Lebenspartnerschaften.

§ 59 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Allgemeine Verwaltungsvorschriften zu der Bundesbeihilfeverordnung

Nach § 57 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 13. Februar 2009 erlässt das Bundesministerium des Innern folgende Verwaltungsvorschrift zur Durchführung der Bundesbeihilfeverordnung. Die „Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Rechtsverordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)“ hat insgesamt neun Anhänge, von denen wir in diesem Ratgeber aber nur den Anhang 1 dokumentieren. Die Anhänge 2 bis 8 finden Sie im Internet unter www.die-beihilfe.de

Anhang 1 (VwV zu § 18 Abs. 2 BBhV)

Verzeichnis der vom Bundesministerium des Innern bestellten Gutachterinnen und Gutachter und Obergutachterinnen und Obergutachter für Psychotherapie → siehe Seiten 298 f.

Anhang 2 (VwV zu § 18 Abs. 2 BBhV)

Formblätter zum Verfahren bei ambulanter Psychotherapie

→ diesen Anhang finden Sie im Internet unter www.die-beihilfe.de/bbhv_anhang_2

Rechtsvorschriften

Anhang 3 (VwV zu § 22 Abs. 2 Nr. 1 BBhV)

Ausschluss von Life style Arzneimitteln nach § 22 Abs. 2 Nr. 1 BBhV

➡ diesen Anhang finden Sie im Internet unter www.die-beihilfe.de/bbhv_anhang_3

Anhang 4 (VwV zu § 22 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. d BBhV)

Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind:

➡ diesen Anhang finden Sie im Internet unter www.die-beihilfe.de/bbhv_anhang_4

Anhang 5 (VwV zu § 22 Abs. 4 BBhV)

Folgende Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen sind unter Beachtung der dazu gegebenen Hinweise nicht beihilfefähig:

➡ diesen Anhang finden Sie im Internet unter www.die-beihilfe.de/bbhv_anhang_5

Anhang 6 (VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

1. Kurortverzeichnis Inland ➡ siehe Seiten 114 ff.

2. Register der Kurorte (Ortsteile), die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an anderer Stelle aufgeführt sind

➡ diesen Anhang finden Sie im Internet unter www.die-beihilfe.de/bbhv_kurorte

Anhang 7 (VwV zu § 35 Abs. 1 Nr. 4 BBhV)

Kurortverzeichnis EU-Ausland ➡ siehe Seite 168

Kurortverzeichnis Ausland ➡ siehe Seite 168

Anhang 8 (VwV zu § 41 Abs. 3 BBhV)

Vom BMI ausnahmsweise zugelassene Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen

➡ diesen Anhang finden Sie im Internet unter www.die-beihilfe.de/bbhv_anhang_8

Anhang 9 (zu Nr. 35.1.6.1)

Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Oktober 2003 i.d.F. vom 01. Januar 2007

➡ diesen Anhang finden Sie im Internet unter www.die-beihilfe.de/bbhv_anhang_9



Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen

Abschnitt 1

Völliger Ausschluss

- 1.1 Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologie-Therapie (zum Beispiel nach Tomatis, Hörtraining nach Volf, audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- 1.2 Atlastherapie nach Arlen
- 1.3 autohomologe Immuntherapien
- 1.4 autologe-Target-Cytokine-Therapie nach Klehr
- 1.5 ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi
- 2.1 Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Nuhr
- 2.2 Biophotonen-Therapie
- 2.3 Bioresonatorentests
- 2.4 Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- 2.5 Bogomoletz-Serum
- 2.6 brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Barraquer
- 2.7 Bruchheilung ohne Operation
- 3.1 Chelat-Therapie
- 3.2 Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- 3.3 computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologischbedingten Erkrankung oder Schädigung
- 3.4 cytotoxologische Lebensmitteltests
- 4.1 DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)
- 5.1 Elektroneuralbehandlungen nach Croon
- 5.2 Elektroneuraldiagnostik
- 5.3 epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz
- 6.1 Frischzellentherapie
- 7.1 Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heimagnetischer Grundlage (zum Beispiel Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Voll, elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik, Mora-Therapie)
- 7.2 gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität
- 8.1 Heileurhythmie
- 8.2 Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung
- 8.3 Hyperthermiebehandlung
- 9.1 immunoaugmentative Therapie
- 9.2 Immunseren (Serocytol-Präparate)
- 9.3 isobare oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff oder Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (zum Beispiel hämatogene Oxidationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne)
- 10.1 (frei)
- 11.1 Kariesdetektor-Behandlung
- 11.2 kinesiologische Behandlung
- 11.3 Kirlian-Fotografie
- 11.4 kombinierte Serumtherapie (zum Beispiel Wiedemann-Kur)
- 11.5 konduktive Förderung nach Petö
- 12.1 Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie
- 13.1 modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antithaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegsensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)
- 14.1 neurotopische Diagnostik und Therapie
- 14.2 niedrig dosierter, gepulster Ultraschall
- 15.1 osmotische Entwässerungstherapie

Rechtsvorschriften

- 16.1 Psycotron-Therapie
- 16.2 pulsierende Signaltherapie
- 16.3 Pyramidenenergiebestrahlung
- 17.1 (frei)
- 18.1 radiale Stoßwellentherapie
- 18.2 Regeneresen-Therapie
- 18.3 Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- 18.4 Rolfing-Behandlung
- 19.1 Schwingfeld-Therapie
- 20.1 Thermoregulationsdiagnostik
- 20.2 Trockenzellentherapie
- 21.1 (frei)
- 22.1 Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- 22.2 Vibrationsmassage des Kreuzbeins
- 23.1 (frei)
- 24.1 (frei)
- 25.1 (frei)
- 26.1 Zellmilieu-Therapie

Abschnitt 2

Teilweiser Ausschluss

1. Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.
2. Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung verkalkender Sehnenkrankung (Tendinosis calcarea), nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose), des Fersensporn (Fasziitis plantaris) oder der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapiefraktäre Achillodynie). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.
3. Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxidvergiftung, Gasegangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder von Tinnitusleiden, die mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbunden sind.
4. Klimakammerbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder den sie bestimmt, vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat.
5. Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel Aludrin, durchgeführt werden.
6. Magnetfeldtherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophischen Pseudarthrosen, bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn die Magnetfeldtherapie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie bei psychiatrischen Erkrankungen.
7. Ozontherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.
8. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (zum Beispiel Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 9 beihilfefähig.
9. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

Marketing Öffentlicher Dienst

Erfolgreiches Zielgruppenmarketing

mit dem direkten Zugang zu 7,3 Mio.
Beschäftigten im Öffentlichen Sektor

■ OnlineWerbung

Banner und **Textlinks** auf mehr als 120 eigenständigen Internetauftritten mit täglich mehr als 50.000 Besuchern. Kein anderer Anbieter in Deutschland vermarktet mehr Websites mit Themen zum Öffentlichen Dienst!

Newsletter in alle Bereiche des Öffentlichen Sektors.



■ PrintWerbung

Anzeigenplatzierung in Publikationen für den Öffentlichen Sektor wie z.B. in den Ratgebern des DBW „Rund ums Geld im öffentlichen Dienst“, „Die Beihilfe in Bund und Ländern“; im „BEAMTEN-MAGAZIN“ und im Taschenbuch „Wissenswertes für Beamtinnen und Beamte“.

PR-Werbung im hochinformativen, redaktionellen Umfeld der o.g. Publikationen und weiteren Veröffentlichungen.

Nutzen Sie unser Angebot
– für Ihren Vorteil

Marketing Öffentlicher Dienst

Tel. Christa Jäcker 02041 7782950

Mail kontakt@marketing-oeffentlicher-dienst.de



Mehr Informationen:

www.marketing-oeffentlicher-dienst.de

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

Abschnitt 1

Psychotherapeutische Leistungen

1. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
 - a) Familientherapie,
 - b) Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs,
 - c) Gesprächspsychotherapie (zum Beispiel nach Rogers),
 - d) Gestalttherapie,
 - e) Körperbezogene Therapie,
 - f) Konzentrierte Bewegungstherapie,
 - g) Logotherapie,
 - h) Musiktherapie,
 - i) Heileurhythmie,
 - j) Psychodrama,
 - k) Respiratorisches Biofeedback,
 - l) Transaktionsanalyse.
2. Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 18 bis 21 gehören:
 - a) Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,
 - b) Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung,
 - c) Heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie
 - d) Psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

Abschnitt 2

Psychosomatische Grundversorgung

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt für
 - a) Allgemeinmedizin,
 - b) Augenheilkunde,
 - c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - e) Innere Medizin,
 - f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,
 - g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - h) Neurologie,
 - i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
 - j) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - k) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 - l) Urologie.
2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von
 - a) einer Ärztin oder einem Arzt,
 - b) einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
 - c) einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.Die behandelnde Person muss über Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Intervention verfügen.

Abschnitt 3

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
 - a) Psychotherapeutische Medizin,
 - b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
 - d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

Rechtsvorschriften

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder 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 und 864 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.

2. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
3. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
 - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
 - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
 - c) 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.
4. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte).
5. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
6. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
 - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
 - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
 - c) 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.
7. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte).
8. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Person durchgeführt, die weder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die keine Fachärztin oder kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
9. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen (§ 20 Absatz 1 Nummer 3 und 4) ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht

wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach § 20 Absatz 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

Abschnitt 4

Verhaltenstherapie

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
 - a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
 - b) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
 - d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärztinnen oder Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
2. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie durchführen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
3. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin, einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
 - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
 - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
 - c) über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
4. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Person durchgeführt, die weder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die keine Fachärztin oder kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.



Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen
Regulierung des Körpergewichts (zentral wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 01 Pherentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amferamon	REGENON TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etilamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin	ANTIADIPOSITUM X – 112 T
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	
A 08 AA 10 Sibutramin	REDUCTIL
Phenylpropanolamin	Antiadiposium Riemser BOXOGETTEN S RECATOL mono
Rimonabant	ACOMPLIA

Regulierung des Körpergewichts (peripher wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	XENICAL

Behandlung der sexuellen Dysfunktion

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 04 BE 01 Alprostadil (Ausnahme als Diagnostikum)	CAVERJECT CAVERJECT Impuls MUSE VIRIDAL
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA
G 04 BE 04 Yohimbin	YOCON GLENWOOD YOHIMBIN SPIEGEL
G 04 BE 05 Phentolamin	
G 04 BE 06 Moxisylt	
G 04 BE 07 Apomorphin	IXENSE UPRIMA
G 04 BE 08 Tadalafil	CIALIS
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE 52 Papaverin Kombinationen	
G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid	Priligy

Rechtsvorschriften

Bekämpfung der Nikotinabhängigkeit

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 07 BA 01 Nicotin (nicht verschreibungspflichtig)	NIQUITIN Nicopass Nicopatch Nicorette Nicotinell Nikofrenon
N 07 BA 02 Bupropion N 06 AX 12	ZYBAN Wellbutrin
N 07 BA 03 Varenicline	CHAMPIX

Steigerung des sexuellen Verlangens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	Intrinsa

Verbesserung des Haarwuchses

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
D 11 AX 01 Minoxidil	REGAINE
D 11 AX 10 Finasterid	PROPECIA Finahair Finapil alle generischen Finasterid-Fertigarzneimittel
Estradiolbenzoat; Prednisolon, Salicylsäure	ALPICORT F
Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	ELL CRANELL alpha
Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOSTIN
Dexamethason; Alfatradiol	ELL CRANELL dexa
Thiamin; Calcium pantothenat; Hefe, medizinisch; L-Cydtin; Keratin (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOVIGAR N Pantovigar

Verbesserung des Aussehens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
M 03 AX 01 Clostridium botulinum Toxin Typ A	Azzalure Vistabel Bocouture Vial

Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel**Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind:**

1. Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.
2. Acetylsalicylsäure (bis 300 mg / Dosisseinheit) als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.
3. Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.
4. Acidosetherapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase, Ileumconduit, Nabelpouch und Implantation der Harnleiter in den Dünndarm.
5. Topische Anästhetika und/oder Antiseptika nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (zum Beispiel Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).
6. Antihistaminika
nur in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien,
nur zur Behandlung schwerer rezidivierender Urticarien,
nur bei schwerwiegendem anhaltendem Pruritus,
nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.
7. Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.
8. Antiseptika und Gleitmittel nur für Personen mit Katheterisierung.
9. Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödem (Mannitol, Sorbitol).
10. Calciumverbindungen (mindestens 300 mg Calcium-Ion/Dosisseinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination)
nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,
nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosisseinheit von wenigstens 7,5 mg Prednisonäquivalent bedürfen,
bei Bisphosphonat-Behandlung nach der Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
11. Calciumverbindungen als Monopräparate
bei Pseudohypo- und Hypoparathyreoidismus,
bei Bisphosphonat-Behandlung nach der Angabe in der jeweiligen Fachinformation, bei zwingender Notwendigkeit.
12. Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.
13. Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.
14. Dinatriumcromoglycat-(DNCG)-haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose.
15. E.-coli-Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.
16. Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.
17. Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV-assoziiertes Diarrhö.
18. Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.
19. Gingko-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert 240 mg Tagesdosisseinheit) nur zur Behandlung der Demenz.
20. Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 Prozent nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten indiziert sind.
21. Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.
22. Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.
23. Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie.
24. Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.

Rechtsvorschriften

25. Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.
26. Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen.
27. Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
28. L-Methionin nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurogener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind.
29. Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.
30. Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.
31. Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.
32. Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Personen.
33. Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prä-)Komas und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.
34. Pankreasenzyme nur zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe.
35. Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.
36. Phosphatverbindungen bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
37. Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mindestens 2 Prozent Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.
38. Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.
39. Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okulares Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränenrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
40. Vitamin K als Monopräparat nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
41. Wasserlösliche Vitamine, auch in Kombinationen, nur bei der Dialyse.
42. Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).
43. Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Hämodialysebehandlung bedingtem nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.
44. Arzneimittel zur sofortigen Anwendung
Antidote bei akuten Vergiftungen,
Lokalanästhetika zur Injektion,
apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder beschränkt beihilfefähige Arzneimittel

Folgende Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen sind nur unter den genannten Voraussetzungen beihilfefähig:

1. Alkoholentwöhnungsmittel sind nur beihilfefähig zur Unterstützung der Aufrechterhaltung der Abstinenz bei alkoholkranken Personen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts mit begleitenden psychosozialen und sozialtherapeutischen Maßnahmen; der Einsatz der Alkoholentwöhnungsmittel ist besonders zu begründen.
2. Antidysmenorrhöika sind nur beihilfefähig als
 - a) Prostaglandinsynthetasehemmer bei Regelschmerzen,
 - b) systemische hormonelle Behandlung von Regelanomalien.
3. Clopidogrel als Monotherapie zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Personen mit Herzinfarkt, mit ischämischem Schlaganfall oder mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit ist nur beihilfefähig für Personen mit
 - a) Amputation oder Gefäßintervention, bedingt durch periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), oder b) diagnostisch eindeutig gesicherter typischer Claudicatio intermittens mit Schmerzrückbildung in < 10 Minuten bei Ruhe oder
 - c) Acetylsalicylsäure-Unverträglichkeit, soweit wirtschaftlichere Alternativen nicht eingesetzt werden können.
4. Clopidogrel in Kombination mit Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse ist nur beihilfefähig für Personen mit
 - a) akutem Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung während eines Behandlungszeitraums von bis zu zwölf Monaten,
 - b) Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung, für die eine Thrombolyse infrage kommt, während eines Behandlungszeitraums von bis zu 28 Tagen.

Die Behandlung mit Clopidogrel plus ASS bei akutem Koronarsyndrom mit ST-Strecken-Hebungs-Infarkt, denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert wurde, ist nicht Gegenstand dieser Regelung.
5. Insulinanaloga, schnell wirkend zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2; hierzu zählen:
 - a) Insulin Aspart,
 - b) Insulin Glulisin,
 - c) Insulin Lispro.

Diese Wirkstoffe sind nur beihilfefähig, solange sie im Vergleich zu schnell wirkendem Humaninsulin nicht mit Mehrkosten verbunden sind. Dies gilt nicht für Personen,

 - a) die gegen den Wirkstoff Humaninsulin allergisch sind,
 - b) bei denen trotz Intensivierung der Therapie eine stabile adäquate Stoffwechsellage mit Humaninsulin nicht erreichbar ist, dies aber mit schnell wirkenden Insulinanaloga nachweislich gelingt, oder
 - c) bei denen auf Grund unverhältnismäßig hoher Humaninsulindosen eine Therapie mit schnell wirkenden Insulinanaloga im Einzelfall wirtschaftlicher ist.
6. Insulinanaloga, lang wirkend zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2; hierzu zählen:
 - a) Insulin glargin,
 - b) Insulin detemir.

Diese Wirkstoffe sind nur beihilfefähig, solange sie im Vergleich zu intermediär wirkendem Humaninsulin nicht mit Mehrkosten verbunden sind; die notwendige Dosiseneinheit zur Erreichung des therapeutischen Ziels ist zu berücksichtigen. Satz 2 gilt nicht für

 - a) eine Behandlung mit Insulin glargin für Personen, bei denen im Rahmen einer intensivierten Insulintherapie auch nach individueller Überprüfung des Therapieziels und individueller Anpassung des Ausmaßes der Blutzuckersenkung in Einzelfällen ein hohes Risiko für schwere Hypoglykämien bestehen bleibt, oder
 - b) Personen, die gegen intermediär wirkende Humaninsuline allergisch sind.
7. Klimakteriumstherapeutika sind nur beihilfefähig zur systemischen und topischen hormonellen Substitution; sowohl für den Beginn als auch für die Fortführung einer Behandlung postmenopausaler Symptome ist die niedrigste Dosiseneinheit für die kürzestmögliche Therapiedauer anzuwenden.
8. Prostatamittel sind nur beihilfefähig
 - a) einmalig für eine Dauer von 24 Wochen als Therapieversuch sowie
 - b) längerfristig, sofern der Therapieversuch nach Buchstabe a erfolgreich verlaufen ist.
9. Saftzubereitungen sind für Erwachsene nur beihilfefähig in begründeten Ausnahmefällen; die Gründe müssen dabei in der Person liegen.

Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke**Abschnitt 1****Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke**

Die Aufwendungen für die Anschaffung der nachstehend aufgeführten Hilfsmittel, Geräte und Körperersatzstücke sind – gegebenenfalls im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet werden:

- 1.1 Abduktionslagerungskeil
- 1.2 Absauggerät (zum Beispiel bei Kehlkopferkrankung)
- 1.3 Anpassungen für diverse Gebrauchsgegenstände (zum Beispiel Universalhalter für Schwerstbehinderte zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme)
- 1.4 Alarmgerät für Epileptikerinnen oder Epileptiker
- 1.5 Anatomische Brillenfassung
- 1.6 Anuspraeter-Versorgungsartikel
- 1.7 Anzieh- oder Ausziehhilfen
- 1.8 Aquamat
- 1.9 Armmanschette
- 1.10 Armtragegurt oder -tuch
- 1.11 Arthrodesensitzkissen oder -sitzkoffer
- 1.12 Atemtherapiegeräte
- 1.13 Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprüfung)
- 1.14 Auffahrampen für einen Krankenfahrstuhl
- 1.15 Aufrichteschlaufe
- 1.16 Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig)
- 1.17 Aufstehgestelle
- 1.18 Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung)
- 1.19 Augenbadewanne, -dusche, -spülglas, -flasche, -pinsel, -pipette oder -stäbchen
- 1.20 Augenschielklappe, auch als Folie
- 2.1 Badestrumpf
- 2.2 Badewannensitz (bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr oder Polyarthritits)
- 2.3 Badewannenverkürzer
- 2.4 Ballspritze
- 2.5 Behinderten-Dreirad
- 2.6 Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
- 2.7 Bettnässer-Weckgerät
- 2.8 Beugebandage
- 2.9 Billroth-Batist-Lätzchen
- 2.10 Blasenfistelbandage
- 2.11 Blindenführhund (einschließlich Geschir, Leine, Halsband, Maulkorb)
- 2.12 Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschallleitgerät)
- 2.13 Blindenstock, -langstock oder -taststock
- 2.14 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)
- 2.15 Blutlanzette
- 2.16 Blutzuckermessgerät
- 2.17 Bracelet
- 2.18 Bruchband
- 3.1 Clavicula-Bandage
- 3.2 Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)
- 3.3 Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhardware und Spezialsoftware bis zu 3 500 Euro, gegebenenfalls zuzüglich bis zu 5 400 Euro für eine Braillezeile mit 40 Modulen
- 4.1 Dekubitus-Schutzmittel (zum Beispiel Auf- oder Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf- oder Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)
- 4.2 Delta-Gehrad
- 4.3 Drehscheibe, Umsetzhilfen
- 4.4 Duschsitz oder -stuhl
- 5.1 Einlagen, orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse

Rechtsvorschriften

- 5.2 Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
- 5.3 Ekzemmanschette
- 5.4 Elektroscooter bis zu 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung und Versicherung
- 5.5 Elektrostimulationsgerät
- 5.6 Epicondylitisbandage oder -spange mit Pelotten
- 5.7 Epirainbandage
- 5.8 Ernährungssonde
- 6.1 epo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
- 6.2 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
- 6.3 Fingerling
- 6.4 Fingerschiene
- 6.5 Fixationshilfen
- 6.6 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)
- 7.1 Gehgipsgalosche
- 7.2 Gehhilfen und -übungsgeräte
- 7.3 Gehörschutz
- 7.4 Genutrain-Aktiv-Kniebandage
- 7.5 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose oder verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
- 7.6 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese)
- 7.7 Gilchrist-Bandage
- 7.8 Gipsbett, Liegeschale
- 7.9 Glasstäbchen
- 7.10 Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz
- 7.11 Gummistrümpfe
- 8.1 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
- 8.2 Handgelenkriemen
- 8.3 Hebekissen
- 8.4 Heimdialysegerät
- 8.5 Helfende Hand, Scherenzange
- 8.6 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät oder -monitor
- 8.7 Hochtontherapiegerät
- 8.8 Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte], Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals], drahtlose Hörhilfen, Otoplastik, In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte], schallaufnehmende Geräte bei teilimplantiertem Knochenleitungs-Hörsystem), alle fünf Jahre einschließlich der Nebenkosten, es sei denn, aus medizinischen oder technischen Gründen ist eine vorzeitige Verordnung zwingend erforderlich; Aufwendungen sind für Personen ab 15 Jahren auf 1 500 Euro je Ohr begrenzt, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch indizierte notwendige Fernbedienung; der Höchstbetrag kann überschritten werden, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende Versorgung bei beidseitiger an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten zu gewährleisten
- 9.1 Impulsvibrator
- 9.2 Infusionsbesteck oder -gerät und Zubehör
- 9.3 Inhalationsgerät, einschließlich Sauerstoff und Zubehör, jedoch keine Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
- 9.4 Innenschuh, orthopädischer
- 9.5 Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulinosiergerät, -pumpe, -injektor)
- 10.1 (frei)
- 11.1 Kanülen und Zubehör
- 11.2 Katapultsitz
- 11.3 Katheter, auch Ballonkatheter, und Zubehör
- 11.4 Kieferspreizgerät
- 11.5 Klosett-Matratze für den häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz
- 11.6 Klumpfußschiene
- 11.7 Klumphandschiene
- 11.8 Klyso
- 11.9 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
- 11.10 Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
- 11.11 Kniepolster/-rutscher bei Unterschenkelamputation

Rechtsvorschriften

- 11.12 Knöchel- und Gelenkstützen
- 11.13 Körperersatzstücke einschließlich Zubehör, abzüglich eines Eigenanteils von 15 Euro für Brustprothesenhalter und 40 Euro für Badeanzüge, Bodys oder Korsetts für Brustprothesenträgerinnen
- 11.14 Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
- 11.15 Koordinator nach Schielbehandlung
- 11.16 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
- 11.17 Kopfschützer
- 11.18 Korrektursicherungsschuh
- 11.19 Krabblerrahmen für Spastikerinnen und Spastiker
- 11.20 Krampfaderröhrchen
- 11.21 Krankenfahrstuhl und Zubehör
- 11.22 Krankenpflegebett
- 11.23 Krankenstock
- 11.24 Kreuzstützbandage
- 11.25 Krücke
- 12.1 Latextrichter bei Querschnittlähmung
- 12.2 Leibbinde, jedoch keine Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
- 12.3 Lesehilfen (Leseänder, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blatlesegerät, Auflagegestell)
- 12.4 Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- 12.5 Lift (Krankenslifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber oder Badewannenlifter)
- 12.6 Lispelsonde
- 12.7 Lumbalbandage
- 13.1 Malleoltrain-Bandage
- 13.2 Mangoldsche Schnürbandage
- 13.3 Manutrain-Bandage
- 13.4 Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro:
 - 13.4.1 Straßenschuhe (Erstausrüstung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
 - 13.4.2 Hausschuhe (Erstausrüstung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
 - 13.4.3 Sportschuhe (Erstausrüstung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
 - 13.4.4 Badeschuhe (Erstausrüstung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach vier Jahren),
 - 13.4.5 Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung entfällt der Eigenanteil von 64 Euro)
- 13.5 Milchpumpe
- 13.6 Mundsperrerrahmen
- 13.7 Mundstab/-greifstab
- 14.1 Narbenschützer
- 15.1 Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts und Ähnliches, auch Haltemanschetten und Ähnliches
- 15.2 Orthesenschuhe, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro
- 15.3 Orthonyxie-Nagelkorrekturspange einschließlich der Anpassungen
- 15.4 Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (höchstens sechs Paar Schuhe pro Jahr)
- 16.1 Pavlik-Bandage
- 16.2 Peak-Flow-Meter
- 16.3 Penisklemme
- 16.4 Peroneausschiene, Heidelberger Winkel
- 16.5 Phonator
- 16.6 Polarimeter
- 16.7 Psoriasisrücken
- 17.1 Quengelschiene
- 18.1 Reflektometer
- 18.2 Rektophor
- 18.3 Rollator
- 18.4 Rollbrett
- 18.5 Rutschbrett
- 19.1 Scharnier-Rad
- 19.2 Schrägliegebrett
- 19.3 Schutzbrille für Blinde
- 19.4 Schutzhelm für Behinderte
- 19.5 Schwellstromapparat
- 19.6 Segofix-Bandagensystem
- 19.7 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte



Rechtsvorschriften

- 19.8 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
- 19.9 Skolioseumkrümmungsbandage
- 19.10 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
- 19.11 Spezialschuhe für Diabetiker (Lucro®), abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro
- 19.12 Sphinkter-Stimulator
- 19.13 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
- 19.14 Spreizfußbandage
- 19.15 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
- 19.16 Spritzen
- 19.17 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehnenbeschädigungen oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)
- 19.18 Stehübungsgerät
- 19.19 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
- 19.20 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter
- 19.21 Stubbies
- 19.22 Stumpfschutzhülle
- 19.23 Stumpfstrumpf
- 19.24 Suspensorium
- 19.25 Symphysengürtel
- 20.1 Talocrur (Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar)
- 20.2 Therapeutische Bewegungsgeräte (nur mit Spasmenschaltung)
- 20.3 Tinnitusgerät
- 20.4 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
- 20.5 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
- 20.6 Tragegurtsitz
- 21.1 Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudiologischer Diagnostik bei Bestehen einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung auch eine Einschränkung des Sprachverständnisses im Störschall besteht
- 21.2 Übungsschiene
- 21.3 Urinale
- 21.4 Urostomiebeutel
- 22.1 Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung)
- 22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit
- 23.1 Wasserfeste Gehhilfe
- 23.2 Wechseldruckgerät
- 24.1 (frei)
- 25.1 (frei)
- 26.1 Zyklomat-Hormon-Pumpe.

Abschnitt 2

Perücken

Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (zum Beispiel Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (zum Beispiel infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweiperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.

Abschnitt 3

Blindenhilfsmittel und Mobilitätstraining

1. Aufwendungen für zwei Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung sind beihilfefähig.
2. Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung im Gebrauch dieser Hilfsmittel (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
 - a) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
 - aa) Unterrichtsstunde á 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Unterrichtsstunden 63,50 Euro,

Rechtsvorschriften

bb) Fahrtzeit der Trainerin oder des Trainers je Zeitzunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird 50,48 Euro,

cc) Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer 0,30 Euro oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,

dd) notwendige Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainerin oder des Trainers nicht zumutbar ist, je Tag 26 Euro.

Das Mobilitätstraining wird grundsätzlich als Einzeltraining ambulant oder stationär in einer Spezialeinrichtung durchgeführt. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen der Trainerin oder des Trainers nur anteilig berücksichtigt werden,

b) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (zum Beispiel bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) werden entsprechend Buchstabe a anerkannt,

c) Aufwendungen für ein ergänzendes Training an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden anerkannt werden, gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers in entsprechendem Umfang. Die Anerkennung weiterer Stunden ist möglich, wenn die Trainerin oder der Trainer oder eine Ärztin oder ein Arzt die Notwendigkeit bescheinigt.

3. Die entstandenen Aufwendungen für das Mobilitätstraining sind durch die Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch die Mobilitätstrainerin oder den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls sie oder er zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Bei Umsatzsteuerpflicht (ein Nachweis des Finanzamtes ist vorzulegen) erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

Abschnitt 4

Sehhilfen

Unterabschnitt 1

Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe

1. Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig
 - a) für Personen unter 18 Jahren,
 - b) für Personen ab 18 Jahren, wenn beide Augen auf Grund der Sehschwäche oder Blindheit eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, aufweisen; eine solche Beeinträchtigung liegt unter anderem vor, wenn
 - aa) die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brille oder mit möglichen Kontaktlinsen auf dem besseren Auge $< 0,3$ beträgt oder
 - bb) das beidäugige Gesichtsfeld < 10 Grad bei zentraler Fixation ist.Die Sehschärfenbestimmung hat beidseits mit bester Korrektur mit Brillengläsern oder Kontaktlinsen zu erfolgen.
2. Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die Verordnung von einer Augenärztin oder einem Augenarzt. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung von einer Augenoptikerin oder einem Augenoptiker; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro beihilfefähig. Als Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig:
 - a) Brillengläser,
 - b) Kontaktlinsen,
 - c) vergrößernde Sehhilfen.
3. Aufwendungen für Brillengläser sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
 - a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis ± 6 Dioptrien (dpt):
 - aa) Einstärkengläser:
 - aaa) für das sphärische Glas 31 Euro,
 - bbb) für das zylindrische Glas 41 Euro,
 - bb) Mehrstärkengläser:
 - aaa) für das sphärische Glas 72 Euro,
 - bbb) für das zylindrische Glas 92,50 Euro,
 - b) bei Gläserstärken über ± 6 dpt zuzüglich je Glas 21 Euro,
 - c) bei Dreistufen- oder Multifokalgläsern zuzüglich je Glas 21 Euro,
 - d) bei Gläsern mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas 21 Euro.
4. Zusätzlich zu den Aufwendungen nach Nummer 3 sind Mehraufwendungen für Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläser bei den jeweils genannten Indikationen bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
 - a) Kunststoffgläser und hochbrechende mineralische Gläser (Leichtgläser) zuzüglich je Glas 21 Euro,
 - aa) bei Gläserstärken ab ± 6 dpt,
 - bb) bei Anisometropien ab 2 dpt,
 - cc) unabhängig von der Gläserstärke

Rechtsvorschriften

- aaa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
 - bbb) bei Personen 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,
 - ccc) bei Brillen, die im Rahmen der Schulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind,
- b) bei getönten Gläsern (Lichtschutzgläser) oder phototropen Gläsern zuzüglich je Glas 11 Euro,
- aa) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (zum Beispiel Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
 - bb) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen,
 - cc) bei Fortfall der Pupillenverengung (zum Beispiel absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),
 - dd) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (zum Beispiel Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),
 - ee) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (zum Beispiel Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
 - ff) bei Ciliarneuralgie,
 - gg) bei Blendung auf Grund entzündlicher oder degenerativer Erkrankungen der Netzhaut, der Aderhaut oder der Sehnerven,
 - hh) bei totaler Farbenblindheit,
 - ii) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
 - jj) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (zum Beispiel Hirnverletzungen, Hirntumoren),
 - kk) bei Gläsern ab +10 dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille.
5. Aufwendungen für Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig bei:
- a) Kurzsichtigkeit (Myopie) ab 8 dpt,
 - b) Weitsichtigkeit (Hyperopie) ab 8 dpt,
 - c) irregulärem Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 Prozent verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
 - d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
 - e) Astigmatismus obliquus (Achslage 45° $+/-30^\circ$ oder 135° $+/-30^\circ$) 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 erfolgt und dokumentiert sein,
 - i) Anisometropie ab 2 dpt.
6. Bei Kurzzeitlinsen sind je Kalenderjahr Aufwendungen nur beihilfefähig
- a) für sphärische Kontaktlinsen bis zu 154 Euro,
 - b) für torische Kontaktlinsen bis zu 230 Euro.
- Wenn Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, sind bei Vorliegen der genannten Indikationen neben den Kontaktlinsen zusätzlich Aufwendungen für eine Brille im Rahmen der Nummern 3 und 4 beihilfefähig. Liegt keine der Indikationen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.
7. Aufwendungen für folgende ärztlich verordnete vergrößernde Sehhilfen sind beihilfefähig:
- a) optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe (Hellfeldlupe, Hand- und Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung, oder Brillengläser mit Lupenwirkung [Lupengläser], in begründeten Einzelfällen als Fernrohrlupenbrillensystem [zum Beispiel nach Galilei, Kepler], gegebenenfalls einschließlich der Systemträger) bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf,
 - b) elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe (mobile oder nicht mobile Systeme) bei einem mindestens 6-fachen Vergrößerungsbedarf,
 - c) optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne (fokussierbare Handfernrohre oder Monokulare). Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Verordnung von einer Fachärztin oder von einem Facharzt für Augenheilkunde ausgestellt wurde und dass diese oder dieser die Notwendigkeit und die Art der benötigten Sehhilfen selbst oder in Zusammenarbeit mit entsprechend ausgestatteten Augenoptikerinnen oder Augenoptikern bestimmt hat.
8. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
- a) Fernrohrlupenbrillensysteme (zum Beispiel nach Galilei, Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne,
 - b) separate Lichtquellen (zum Beispiel zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung der Lektüre),
 - c) Fresnellinsen aller Art.

Unterabschnitt 2

Therapeutische Sehhilfen

1. Aufwendungen für folgende therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind beihilfefähig, wenn eine entsprechende Verordnung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde vorliegt:

- a) Brillenglas mit Lichtschutz mit einer Transmission bis 75 Prozent bei
- aa) Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
 - bb) Albinismus.

Ist beim Lichtschutzglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich erforderlich, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

- b) Brillenglas mit Ultraviolett-(UV-)Kantenfilter (400 Nanometer Wellenlänge) bei
- aa) Aphakie,
 - bb) Photochemotherapie zur Absorption des langwelligen UV-Lichts,
 - cc) UV-Schutz nach Staroperation, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,
 - dd) Iriskolobom,
 - ee) Albinismus.

Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich und gegebenenfalls, bei Albinismus, auch eine Transmissionsminderung notwendig, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

- c) Brillenglas mit Kantenfilter als Bandpassfilter mit einem Transmissionsmaximum bei einer Wellenlänge von 450 Nanometer bei Blauzapfenmonochromasie. Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich und gegebenenfalls auch eine Transmissionsminderung notwendig, sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

- d) Brillenglas mit Kantenfilter (Wellenlänge größer als 500 Nanometer) als Langpassfilter zur Vermeidung der Stäbchenbleichung und zur Kontrastanhebung bei

- aa) angeborenem Fehlen von oder angeborenem Mangel an Zapfen in der Netzhaut (Achromatopsie, inkomplette Achromatopsie),
- bb) dystrophischen Netzhauterkrankungen (zum Beispiel Zapfendystrophien, Zapfen-Stäbchen-Dystrophien, Stäbchen-Zapfen-Dystrophien, Retinopathia pigmentosa, Chorioidemie),
- cc) Albinismus.

Das Ausmaß der Transmissionsminderung und die Lage der Kanten der Filter sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen. Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

- e) Horizontale Prismen in Gläsern mit mehr als 3 Prismendiotrien und Folien mit prismatischer Wirkung von mehr als 3 Prismendiotrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen) sowie vertikale Prismen und Folien von mehr als 1 Prismendiotrie, bei:

- aa) krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen, mit dem Ziel, Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern, und
- bb) Augenmuskelparesen, um Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Verordnung auf Grund einer umfassenden augenärztlichen orthoptisch-pleoptischen Diagnostik ausgestellt ist. Verordnungen, die auf Grund isolierter Ergebnisse einer subjektiven Heterophorie-Testmethode ausgestellt sind, werden nicht anerkannt.

Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, zum Beispiel prä- oder postoperativ, sind nur die Aufwendungen für Prismenfolien ohne Trägerglas beihilfefähig. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sowie Höhenausgleichsprismen bei Mehrstärkengläsern sind nicht beihilfefähig.

Ist bei Brillengläsern mit therapeutischen Prismen zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, so sind die Aufwendungen der entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig.

- f) Okklusionschalen oder -linsen bei dauerhaft therapeutisch nicht anders beeinflussbarer Doppelwahrnehmung.
- g) Kunststoff-Bifokalgläser mit besonders großem Nahteil zur Behebung des akkommodativen Schielens bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren.
- h) Okklusionspflaster und -folien als Amblyopie-therapeutika, nachrangig Okklusionskapseln.
- i) Uhrglasverbände oder konfektionierter Seitenschutz bei unvollständigem Lidschluss (zum Beispiel infolge einer Gesichtslähmung) oder bei Zustand nach Keratoplastik, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden.

Rechtsvorschriften

- j) Irislinsen mit durchsichtigem, optisch wirksamem Zentrum bei Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse oder Albinismus).
 - k) Verbandlinsen oder -schalen bei oder nach
 - aa) Hornhauterosionen oder -epitheldefekten,
 - bb) Abrasio nach Operation,
 - cc) Verätzung oder Verbrennung,
 - dd) Hornhautverletzung (perforierend oder lamellierend),
 - ee) Keratoplastik,
 - ff) Hornhautentzündungen und -ulzerationen, zum Beispiel Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalamo, Keratitis filiformis.
 - l) Kontaktlinsen als Medikamententräger zur kontinuierlichen Medikamentenzufuhr.
 - m) Kontaktlinsen
 - aa) bei ausgeprägtem, fortgeschrittenem Keratokonus mit keratokonusbedingten pathologischen Hornhautveränderungen und Hornhautradius unter 7 Millimeter zentral oder im Apex oder
 - bb) nach Hornhauttransplantation oder Keratoplastik.
 - n) Kunststoffgläser als Schutzgläser bei Personen, die an Epilepsie oder an Spastiken erkrankt sind – sofern sie erheblich sturzgefährdet sind – oder funktionell Einäugigen (bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges unter 0,2). Ist zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig. Kontaktlinsen sind bei dieser Indikation nicht beihilfefähig.
2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
- a) Kantenfilter bei
 - aa) altersbedingter Makuladegeneration,
 - bb) diabetischer Retinopathie,
 - cc) Opticusatrophie (außer im Zusammenhang mit einer dystrophischen Netzhauterkrankung),
 - dd) Fundus myopicus.
 - b) Verbandlinsen oder Verbandschalen nach nicht beihilfefähigen Eingriffen.
 - c) Okklusionslinsen und -schalen als Amblyopietherapeutikum.

Unterabschnitt 3

Allgemeine Bestimmungen für Sehhilfen

1. Aufwendungen für eine Sportbrille sind beihilfefähig, wenn im Rahmen der Schulpflicht eine Sportbrille während des Schulsports getragen werden muss. Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach den Nummern 3 und 4 des Unterabschnitts 1; für die Brillenfassung sind Aufwendungen bis zu 52 Euro beihilfefähig.
2. Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe sind beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
 - a) sich die Refraktion geändert hat,
 - b) die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
 - c) sich die Kopfform geändert hat.
3. Aufwendungen für eine Irisschale mit geschwärzter Pupille sind nach diesem Abschnitt nicht beihilfefähig.
4. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
 - a) Sehhilfen, die nur für eine berufliche Tätigkeit erforderlich werden,
 - b) Bildschirmbrillen,
 - c) Brillenversicherungen,
 - d) Zweitbrillen,
 - e) Reservebrillen,
 - f) Brillengläser für Sportbrillen, außer im Fall der Nummer 1,
 - g) Brillenetuis,
 - h) Brillenfassungen, außer im Fall der Nummer 1.

Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle

Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die weder notwendig noch wirtschaftlich angemessen (§ 6 Absatz 1) sind, die einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen oder einen geringen Abgabepreis haben (§ 25 Absatz 2) oder die zur allgemeinen Lebenshaltung gehören. Nicht beihilfefähig sind insbesondere folgende Gegenstände:

- 1.1 Adju-Set/-Sano
- 1.2 Angorawäsche
- 1.3 Anti-Allergene-Matrasen, Matrasenbezüge und Bettbezüge
- 1.4 Aqua-Therapie-Hose
- 1.5 Arbeitsplatte zum Krankenfahrstuhl
- 1.6 Augenheizkissen
- 1.7 Autofahrerrückenstütze
- 1.8 Autokindersitz
- 1.9 Autokofferraumlifter
- 1.10 Autolifter
- 2.1 Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte
- 2.2 Bandagen (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
- 2.3 Basalthermometer
- 2.4 Bauchgurt
- 2.5 Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
- 2.6 Bett (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
- 2.7 Bettbrett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
- 2.8 Bett-Tisch
- 2.9 Bidet
- 2.10 Bildschirmbrille
- 2.11 Bill-Wanne
- 2.12 Blinden-Uhr
- 2.13 Blutdruckmessgerät
- 2.14 Brückentisch
- 3.1 (frei)
- 4.1 Dusche
- 5.1 Einkaufsnetz
- 5.2 Einmal-Handschuhe, es sei denn, sie sind bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter oder bei Querschnittgelähmten zur Darmentleerung erforderlich
- 5.3 Eisbeutel und -kompressen
- 5.4 Elektrische Schreibmaschine
- 5.5 Elektrische Zahnbürste
- 5.6 Elektrofahrzeuge, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
- 5.7 Elektro-Luftfilter
- 5.8 Elektronik-Muscle-Control (EMC 1000)
- 5.9 Erektionshilfen
- 5.10 Ergometer
- 5.11 Ess- und Trinkhilfen
- 5.12 Expander
- 6.1 Farberkennungsgerät
- 6.2 Fieberthermometer
- 6.3 Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (zum Beispiel Venentrainer)
- 7.1 Garage für Krankenfahrzeuge
- 8.1 Handschuhe, es sei denn, sie sind nach Nummer 11.21 der Anlage 11 erforderlich
- 8.2 Handtrainer
- 8.3 Hängeliege
- 8.4 Hantel (Federhantel)
- 8.5 Hausnotrufsystem
- 8.6 Hautschutzmittel



Rechtsvorschriften

- 8.7 Heimtrainer
- 8.8 Heizdecke/-kissen
- 8.9 Hilfsgeräte für die Hausarbeit
- 8.10 Höhensonne
- 8.11 Hörkissen
- 8.12 Hörkragen Akusta-Coletta
- 9.1 Intraschallgerät (Schallwellengerät)
- 9.2 Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
- 9.3 Ionisierungsgeräte (zum Beispiel Ionisator, Pollimed 100)
- 9.4 Ionopront, Permax-Sauerstoffzeuger
- 10.1 (frei)
- 11.1 Katzenfell
- 11.2 Klingelleuchten, die nicht von Nummer 12.4 der Anlage 11 erfasst sind
- 11.3 Knickfußstrumpf
- 11.4 Knoche Natur-Bruch-Slip
- 11.5 Kolorimeter
- 11.6 Kommunikationssystem
- 11.7 Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
- 11.8 Krankenunterlagen, es sei denn,
 - a) sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitis),
 - b) neben der Blasen- oder Darminkontinenz liegen so schwere Funktionsstörungen vor (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust), dass sonst der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitis droht,
 - c) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht
- 11.9 Kreislaufgerät
- 12.1 Lagerungskissen/-stütze, ausgenommen Nummer 1.1 der Anlage 11
- 12.2 Language-Master
- 12.3 Luftreinigungsgeräte
- 13.1 Magnetfolie
- 13.2 Monophonator
- 13.3 Munddusche
- 14.1 Nackenheizkissen
- 14.2 Nagelspange
- 15.1 Öldispersionsapparat
- 16.1 Pulsfrequenzmesser
- 17.1 (frei)
- 18.1 Rotlichtlampe
- 18.2 Rückentrainer
- 19.1 Salbenpinsel
- 19.2 Schlaftherapiegerät
- 19.3 Schuhe, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
- 19.4 Spezialsitze
- 19.5 Spirometer
- 19.6 Spranzbruchband
- 19.7 Sprossenwand
- 19.8 Sterilisator
- 19.9 Stimmübungssystem für Kehlkopflose
- 19.10 Stockroller
- 19.11 Stockständer
- 19.12 Stufenbett
- 19.13 SUNTRONIC-System (AS 43)
- 20.1 Taktellgerät
- 20.2 Tamponapplikator
- 20.3 Tandem für Behinderte
- 20.4 Telefonverstärker
- 20.5 Telefonhalter
- 20.6 Therapeutische Wärme-/Kältesegmente
- 20.7 Treppenlift, Monolift, Plattformlift
- 21.1 Übungsmatte

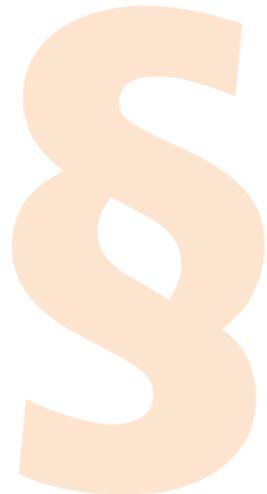
Rechtsvorschriften

- 21.2 Ultraschalltherapiegeräte
- 21.3 Umweltkontrollgerät
- 21.4 Urin-Prüfgerät
- 22.1 Venenkissen
- 23.1 Waage
- 23.2 Wandstandgerät
- 23.3 WC-Sitz
- 24.1 (frei)
- 25.1 (frei)
- 26.1 Zahnpflegemittel
- 26.2 Zweirad für Behinderte.



Ergänzende Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen

1. Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
 - 1.1 Gen-Test bei erhöhtem Krebsrisiko für erblich belastete Frauen mit einem familiär erhöhten Brust- und Eierstockkrebsrisiko
 - 1.2 Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz
 - 1.3 Früherkennungsuntersuchungen bei Minderjährigen im Alter von sechs und zehn Jahren und von 16 bis 17 Jahren
 - 1.3.1 U 10 (sechs bis sieben Jahre)
 - 1.3.2 U 11 (neun bis zehn Jahre)
 - 1.3.3 J 2 (16 bis 17 Jahre)
2. Schutzimpfungen
 - 2.1 Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME-)Schutzimpfungen ohne Einschränkungen
 - 2.2 Gripeschutzimpfungen ohne Einschränkungen



Anhang 1 (VwV zu § 18 Abs. 2 BBhV)

Verzeichnis der vom Bundesministerium des Innern bestellten Gutachterinnen und Gutachter und Obergutachterinnen und Obergutachter für Psychotherapie:

I. Gutachterinnen und Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

- Rosemarie Ahlert Schulstr. 29, 72631 Aichtal
- Dr. med. Dipl.-Psych. Menachem Amitai Bifänge 22, 79111 Freiburg
- Dr. med. Ludwig Barth Mühlbausr. 38b, 81677 München
- Dr. med. Ulrich Berns Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
- Dr. med. Dietrich Bodenstein Riemeisterstr. 29, 14169 Berlin
- Dr. med. Doris Bolk-Weischedel Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
- Dr. med. Gerd Burzig Max-Linde-Weg 6, 23562 Lübeck
- Dr. med. Ilan Diner Windscheidstr. 8, 10627 Berlin
- Prof. Dr. med. Michael Ermann Postfach 15 13 09, 80048 München
- Dr. med. Paul R. Franke Harnackstr. 4, 39104 Magdeburg
- Dr. med. Ulrich Gaitzsch Luisenstr. 3, 69469 Weinheim
- Dr. med. Dietrich Haupt Wörther Str. 44, 28211 Bremen
- Dr. F. Höhne Vor dem Schlosse 5, 99947 Bad Langensalza
- Dr. med. Ludwig Janus Zähringstr. 4, 65115 Heidelberg
- Dr. med. Horst Kallfass Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin
- Dr. med. Ingrid Kamper Jasper Eckhorst 13, 25491 Hetlingen
- Dr. med. Gabriele Katwan Franzensbader Str. 6b, 14193 Berlin
- Prof. Dr. med. Karl König Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen
- Dr. med. Albrecht Kuchenbuch Lindenallee 26, 14050 Berlin
- Prof. Dr. med. Peter Kutter Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart
- Prof. Dr. med. Klaus Lieberz Zentralinstitut für Seelische Gesundheit – Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin – Postfach 12 21 20, 68072 Mannheim
- Dr. med. Günter Maass Leibnizstr. 16 c, 65191 Wiesbaden
- Prof. Dr. med. Michael von Rad Städt. Klinikum München GmbH, Krankenhaus München-Harlaching, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
- Prof. Dr. med. Ulrich Rüger Mittelbergring 59, 37085 Göttingen
- Dr. med. Rainer Sandweg Postfach 12 58, 66443 Bexbach
- Dr. med. Günter Schmitt Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
- Dr. med. Jörg Schmutterer Damaskest. 65, 81825 München
- Dr. med. Gisela Thies Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe



II. Gutachterinnen und Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Ulrich Berns Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
- Dr. med. Hermann Fahrig Carl-Beck-Str. 58, 69151 Neckargemünd
- Dr. med. Dietrich Haupt Wörther Str. 44, 28211 Bremen
- Dr. med. Annette Streeck-Fischer Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

III. Gutachterinnen und Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

- Prof. Dr. Gerd Buchkremer Psychiatrische Universitätsklinik, Osianderstr. 22, 72076 Tübingen
- Prof. Dr. med. Iver Hand Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg
- Dr. med. Dieter Kallinke Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg
- Dr. med. Johannes Kemper Bauerstr. 15, 80796 München
- Dipl.-Psych. Eva Koppenhöfer Baiertaler Str. 89, 69168 Wiesloch
- Dipl.-Psych. Dr. Helmut Köhler Obere Stadt 60, 82362 Weilheim
- Prof. Dr. med. Rolf Meermann Psychosomatische Fachklinik, Bomber-Gallee 11, 31812 Bad Pyrmont
- Dr. med. Jochen Sturm Altneugasse 21, 66117 Saarbrücken
- Dr. med. Klaus H. Stutte Jahnstraße 1, 49610 Quakenbrück
- Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz Nymphenburger Str. 185, 80634 München
- Dr. Johannes Zuber Mercyrstr. 27, 79100 Freiburg

IV. Gutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Peter Altherr Westbahnstr. 12, 76829 Landau
- Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt Postfach 12 34, 69192 Schriesheim
- Dr. med. Horst Trappe Breslauer Str. 29, 49324 Melle
- Dipl.-Psych. Dr. Phil. Gerhard Zarbock Bachstr. 48, 22083 Hamburg
- Dr. Johannes Zuber Mercyrstr. 27, 79100 Freiburg

V. Obergutachterinnen und Obergutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

- Dr. med. Ludwig Barth Mühlbauerstr. 38b, 81677 München
- Dr. med. Doris Bolk-Weisedel Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
- Dr. med. Horst Kallfass Leo-Baek-Str. 3, 14165 Berlin
- Prof. Dr. med. Karl König Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen
- Prof. Dr. med. Peter Kutter Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart
- Prof. Dr. med. Ulrich Rügner Mittelberggring 59, 37085 Göttingen
- Dr. med. Günter Schmitt Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
- Dr. med. Gisela Thies Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe
- Dr. med. Roland Vandieken Am Buchenhang 17, 53115 Bonn

VI. Obergutachterinnen und Obergutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Dietrich Haupt Wörther- Str. 44, 28211 Bremen
- Dr. med. Annette Streeck-Fischer Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

VII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

- Dr. med. Franz Rudolf Faber Postfach 11 20, 49434 Neuenkirchen/Oldenburger
- Prof. Dr. med. Iver Hand Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg
- Dr. med. Dieter Kallinke Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg
- Dr. med. Johannes Kemper Bauerstr. 15, 80796 München

VIII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Johannes Kemper Bauerstr. 15, 80796 München
- Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt Postfach 12 34, 69192 Schriesheim