

**Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen**  
**in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen**  
**(Beihilfevorschriften-BhV)**  
**Stand 1.1.2004**

**geltende Textfassung**

**§ 1**

**Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur**

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

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

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

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

**§ 2**

**Beihilfeberechtigte Personen**

(1) Beihilfeberechtigt sind

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

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

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

(4) Beihilfeberechtigt sind nicht

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

### **§ 3**

#### **Berücksichtigungsfähige Angehörige**

(1) <sup>1</sup>Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

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

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

(2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten,
2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen,
3. die Kinder<sup>\*)</sup> eines Beihilfeberechtigten hinsichtlich der Geburt eines Kindes.

#### **§ 4**

#### **Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen**

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

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

aus.

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

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

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

(5) <sup>1</sup>Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Beihilfevorschriften des Bundes im Wesentlichen vergleichbaren

---

<sup>\*)</sup> Ausnahme siehe Rundschreiben vom 18. September 1985 (GMBI S. 524)

Regelung besteht. <sup>2</sup>Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teils-zeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

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

## § 5

### Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) <sup>1</sup>Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn

1. sie dem Grunde nach notwendig,
2. sie der Höhe nach angemessen sind und
3. die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

<sup>2</sup>Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. <sup>3</sup>Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen. <sup>4</sup>Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes(-zahnarztes) einholen.

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

(3) <sup>1</sup>Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. <sup>2</sup>Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind nach Maßgabe der Anlage 2 65 vom Hundert als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Kran-

kenkasse errechnet. <sup>3</sup>Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 vom Hundert als zustehende Leistung anzusetzen.

<sup>5</sup>Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

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

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

(4) <sup>1</sup>Nicht beihilfefähig sind

1. Sach- und Dienstleistungen. <sup>2</sup>Als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung. <sup>3</sup>Bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 240 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) bemisst oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch
  - a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch,
  - b) Aufwendungen - mit Ausnahme der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus -, die darauf beruhen, dass der Versicherte die beim Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat; dies gilt auch,

wenn Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden.

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

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,
3. die in den §§ 6 bis 10 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) des Ehegatten im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000,00 Euro übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). <sup>2</sup>Die oberste Dienstbehörde kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern die Gewährung von Beihilfen zulassen,
4. Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind,
5. Aufwendungen für Beamte, denen auf Grund von § 70 Bundesbesoldungsgesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften Heilfürsorge zusteht,
6. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. <sup>2</sup>Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig,
7. Aufwendungen, die bereits auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4 Abs. 2 und 3 Satz 2) beihilfefähig sind,

8. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verlangt wird,
9. Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

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

## **§ 6**

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit**

(1) <sup>1</sup>Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

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

<sup>2</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

a) verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgrund § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind.

- b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Ausgenommen sind solche Arzneimittel, die nach den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch aufgrund von § 34 Abs. 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ausnahmsweise verordnet werden dürfen. Satz 2 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,
3. eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. <sup>2</sup>Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. <sup>3</sup>Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister oder Podologen durchgeführt werden. <sup>4</sup>Das Bundesministerium des Innern kann Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen festlegen,
4. Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. <sup>2</sup>Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3. <sup>3</sup>Dabei kann das Bundesministerium des Innern für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,
5. Erste Hilfe,
6. die vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch;
- die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), und zwar
- a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV, § 2 Abs. 2 KHEntgG)
- b) Wahlleistungen



aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPfIV, §§ 16 und 17 KHEntgG),

bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 BPfIV, §§ 16 und 17 KHEntgG) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich

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

<sup>2</sup>Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind die Kosten für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung beihilfefähig.

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

a) Fahrtkosten,

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

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

8. eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu 6,00 Euro stündlich, höchstens 36,00 Euro täglich. <sup>2</sup>Voraussetzung ist, dass

a) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (Nummern

6 und 10 Buchstabe a, §§ 7, 8 und 9 Abs. 7) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,

b) im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,

c) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann, und

d) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person – ausgenommen Alleinerziehende – nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist.

<sup>3</sup>Dies gilt auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung. <sup>4</sup>Die Aufwendungen im Todesfall der haushaltführenden Person (Buchstabe a) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig. <sup>5</sup>Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend. <sup>6</sup>Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. <sup>7</sup>Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Satz 3 genannten Personen sind - mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu 36,00 Euro täglich - nicht beihilfefähig.

## 9. Fahrten

a) im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, ausgenommen eine Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reise,

b) als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,

- c) als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
- d) zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie zu einer stationären Krankenhausbehandlung bis zu einer Höhe von 200,00 Euro,
- e) zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.

<sup>2</sup> Dabei sind beihilfefähig Fahrtkosten bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung. <sup>3</sup> Höhere Fahrtkosten sind nur beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. <sup>4</sup> Bei Fahrten nach den Buchstaben b und c sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich. <sup>2</sup> Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich beihilfefähig. <sup>3</sup> Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
- b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 5,50 Euro täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 9 Abs. 7 oder 9,

11. Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. <sup>2</sup>Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen,
12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,
13. eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel. Die Regelungen des § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Krankenkasse die Festsetzungsstelle tritt,
14. eine Sterilisation, die aufgrund einer Krankheit erforderlich ist.

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

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

(4) <sup>1</sup>Werden Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 3 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von § 5 Abs. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 3 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind, beihilfefähig. <sup>2</sup>Eine Komplextherapie wird von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht, dem auch Ärzte, Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen im Sinne von Absatz 1 Nr. 3 Satz 3 angehören müssen.

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

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

## **§ 7**

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung**

(1) <sup>1</sup>Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums und unter Minderung nach § 12 Abs. 1. <sup>2</sup>Für Begleitpersonen schwerbehinderter Menschen, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist, dass
  - a) die Notwendigkeit einer Begleitperson behördlich festgestellt ist und
  - b) die Notwendigkeit ihrer Anwesenheit für eine Erfolg versprechende Behandlung durch das Sanatorium bestätigt wurde,
3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
4. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
5. für den ärztlichen Schlussbericht und
6. für die An- und Abreise in Höhe von 0,20 Euro je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200 Euro, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. <sup>4</sup>Die Entfernungskilometer bestimmen sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem

Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Sanatorium zurückzulegenden Strecke.

<sup>5</sup>Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

(2) <sup>1</sup>Die Aufwendungen nach Absatz 1 – ausschließlich Nummer 1 – sind nur dann beihilfefähig, wenn

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

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

<sup>2</sup>Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden

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

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

## § 8

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur**

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

(2) <sup>1</sup>Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,

2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens drei Wochen bis zum Betrag von 16,00 Euro täglich, für notwendige Begleitpersonen von schwerbehinderten Menschen im Sinne von § 7 Abs. 1 Nr. 2 bis zum Betrag von 13,00 Euro täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 Euro täglich beziehungsweise 10,00 Euro täglich für die Begleitperson hinausgehen,

3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,

4. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,

5. für den ärztlichen Schlussbericht und

6. für die An- und Abreise nach § 7 Abs. 1 Nr. 6

2Sofern die Aufwendungen nach den Nummern 1 und 2 pauschal in Rechnung gestellt werden und für diese eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis unter Minderung nach § 12 Abs. 1 begrenzt.

(3) <sup>1</sup>Die Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am

Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes, ersetzt werden kann,

2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. <sup>2</sup>Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(4) <sup>1</sup>Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur ist nicht zulässig,

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. <sup>2</sup>Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während der Elternzeit und der Beurlaubung nach § 72a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 7 des Bundesbeamten-gesetz oder § 48a Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 Deutsches Richtergesetz sowie während einer Zeit, in der der Beihilfeberechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,
2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. <sup>2</sup>Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerem chronischen Leiden, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
4. wenn bekannt ist, dass das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
5. solange der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

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

1. Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage,



2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.

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

(7) <sup>1</sup>Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als gleichwertig anerkannten Einrichtung, sind nach Maßgabe des Absatzes 2 für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig. <sup>2</sup>Die Absätze 3 und 4 gelten sinngemäß. <sup>3</sup>Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen.

## **§ 9**

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit**

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

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

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

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

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

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

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

<sup>3</sup>Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen.

<sup>4</sup>Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt.

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

(6) <sup>1</sup>Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen des Absatzes 3 in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 5 Abs. 3 und § 14 sind hierbei nicht anzu-

wenden. <sup>2</sup>Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 3 beihilfefähig.

(7) <sup>1</sup>Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. <sup>2</sup>Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

1. 1023,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
2. 1279,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
3. 1432,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,
4. 1688,00 Euro für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Härtefall anerkannt sind.

Absatz 6 Satz 1 gilt entsprechend. <sup>4</sup> Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens nach Satz 6 übersteigen. <sup>5</sup>Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familieneinkommen) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. <sup>6</sup>Der Eigenanteil beträgt

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

2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
  - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 vom Hundert des Einkommens,
  - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 vom Hundert des Einkommens,
3. bei allein stehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

<sup>7</sup>Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

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

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

### **§ 9a**

#### **Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen**

<sup>1</sup>Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Be-

handlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. <sup>2</sup>Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. <sup>3</sup>Darüber hinaus können Leistungen nach § 9 erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. <sup>4</sup>Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

## **§ 10**

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen**

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

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
2. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
3. bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. <sup>2</sup>Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.

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

(3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen jedoch nicht anlässlich privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union.

## **§ 11**

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt**

Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

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

*[Absatz 2 ist aufgehoben]*

## **§ 12**

### **Eigenbehalte, Belastungsgrenzen**

(1) <sup>1</sup>Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich

1. um zehn vom Hundert der Kosten, mindestens um fünf Euro, höchstens um zehn Euro, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
  - a) Arznei- und Verbandmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 2,

- b) Hilfsmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 4, bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln höchstens um zehn Euro für den Monatsbedarf je Indikation,
  - c) Fahrtkosten im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 9,
2. um zehn Euro je Kalendertag bei
- a) vollstationären Krankenhausleistungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 Buchstabe a und Satz 2 und im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang an vollstationäre Krankenhausleistungen durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr,
  - b) Aufwendungen nach § 7 Abs. 1 Nr. 2,
  - c) Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Satz 2,
3. um zehn vom Hundert der Kosten und zehn Euro je Verordnung für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege nach § 6 Abs. 1 Nr. 7.

<sup>2</sup>Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von 10 Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigten und je berücksichtigungsfähigen Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen; dies gilt nicht für Aufwendungen nach Satz 3.

<sup>3</sup>Beträge nach Satz 1 und 2 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen Fahrten nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
- b) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- c) ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- d) Leistungen, soweit nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4 vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind.

(2)<sup>1</sup>Beträge nach Absatz 1 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. <sup>2</sup>Diese beträgt

- a) zwei vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5;
- b) für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, eins vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5.

<sup>3</sup>Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. <sup>4</sup>Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. <sup>5</sup>Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 vom Hundert und für jedes Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag. <sup>6</sup>Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Das Bundesministerium des Innern kann für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die sich besonders gesundheitsbewusst verhalten, indem sie regelmäßig an Vorsorgeprogrammen, Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und dergleichen teilnehmen, geringere als in Absatz 1 vorgesehene Abzugsbeträge festlegen.

## **§ 13**

### **Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen**

(1) <sup>1</sup>Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach § 6 und §§ 9 bis 11 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären. <sup>2</sup>Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Satzes 1 nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt. <sup>3</sup>Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt.



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

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

(3) <sup>1</sup>Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinne von § 7 Abs. 1 und § 8 Abs. 2 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn bei Antritt der Reise

1. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland aufgeführt ist, die Voraussetzungen des § 8 vorliegen und
2. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

<sup>2</sup>Die Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, 3, 5 und 6 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

[Absatz 4 ist aufgehoben]

## § 14 Bemessung der Beihilfen

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

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

<sup>3</sup>Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 70 vom Hundert; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Be-  
rechtigten 70 vom Hundert, die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. <sup>4</sup>Satz 2 Nr. 2 gilt auch für den entpflichtete Hochschullehrer, dem aufgrund ei-  
ner weiteren Beihilfeberechtigung nach § 2 Abs. 1 Nr. 2, die jedoch gemäß § 4 Abs. 1  
Nr. 2 nachrangig ist, ein Bemessungssatz von 70 vom Hundert zustehen würde.

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

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mut-  
ter.

[Nr. 5 ist aufgehoben]

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

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

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

(6) <sup>1</sup>Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen,

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

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

## § 15

## **Begrenzung der Beihilfen**

(1) <sup>1</sup>Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. <sup>2</sup>Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen - soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 Elftes Buch Sozialgesetzbuch dienen - unberücksichtigt. <sup>3</sup>Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. *[Satz 4 ist aufgehoben]*

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

(3) <sup>1</sup>Die Festsetzungstelle kann mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. <sup>2</sup>Dabei sollen auch feste Preise vereinbart werden, die deutlich unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen.

## **§ 16**

### **Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten**

(1) <sup>1</sup>Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. <sup>2</sup>Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod. <sup>3</sup>Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.

(2) <sup>1</sup>Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Absatz 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. <sup>2</sup>Sind diese Personen Erben des Beihilfeberechtigten, erhalten sie eine Beihilfe auch zu Aufwendungen des Erblassers, die von diesem bezahlt worden sind. [Absatz 2 Satz 3 ist aufgehoben].

## **§ 17**

### **Verfahren**

(1) <sup>1</sup>Beihilfe wird auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt. <sup>2</sup>Es sind die vom Bundesministerium des Innern herausgegebenen Formblätter zu verwenden; zulässig sind auch amtliche EDV-Ausdrucke.

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

(3) <sup>1</sup>Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. <sup>2</sup>Verordnete Arzneimittel müssen auf dem Rezept eine Pharmazentralnummer aufweisen, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden. <sup>3</sup>Würden mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfen zustehen, wird eine Beihilfe nur dem gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für die Gewährung von Beihilfen zu Aufwendungen für Halbwaisen.

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

(5) <sup>1</sup>Als Festsetzungsstellen entscheiden

1. die obersten Dienstbehörden über die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,

2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden über die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs,
3. die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger.

<sup>2</sup>Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln.

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

(7) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

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

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

## **§ 18**

### **Übergangs- und Schlussvorschriften**

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

---

<sup>\*)</sup> durch Zeitablauf gegenstandslos

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

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

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

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

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

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

---

\*) durch Zeitablauf gegenstandslos

**Anlage 1**  
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

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

- 1        Allgemeines
- 1.1      <sup>1</sup>Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig.  
  
<sup>2</sup>Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.
- 1.2      <sup>1</sup>Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. <sup>2</sup>Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.
- 1.3      Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 4 schließen sich aus.
- 2        Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- 2.1      <sup>1</sup>Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn



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

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

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

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

- 2.3 <sup>1</sup>Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:
- 2.3.1 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. <sup>2</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. <sup>4</sup>Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. <sup>2</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. <sup>4</sup>Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vor-

herigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1, weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. <sup>2</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. <sup>4</sup>Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

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

2.3.5 bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. <sup>2</sup>Abweichungen bedürfen der Begründung. <sup>3</sup>Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.

2.4.1 <sup>1</sup>Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -

psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" oder "Psychoanalyse" sein. <sup>2</sup>Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. <sup>3</sup>Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychoanalyse" oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

2.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG - kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

2.4.2.2 <sup>1</sup>Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

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

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

2.4.3.1 Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach

§ 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

- 2.4.3.2 <sup>1</sup>Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder
  - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

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

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

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

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

### 3 Verhaltenstherapie

- 3.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn
- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
  - beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
  - die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

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

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

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

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

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

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

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

ziels erlaubt. <sup>5</sup>Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

3.4.1 <sup>1</sup>Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. <sup>2</sup>Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

3.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychTG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

3.4.2.2 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

3.4.3 <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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



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

#### 4 Psychosomatische Grundversorgung

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

- 4.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:
- bei verbaler Intervention als einzige Leistung 25 Sitzungen;
  - bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;
  - bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

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

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

wenn die Behandlung von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.

- 4.4 <sup>1</sup>Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. <sup>2</sup>Autogenes Training, Jacobson-sche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

5 Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

<sup>1</sup>Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

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

<sup>2</sup>Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

<sup>3</sup>Rational Emotive Therapie nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

**Anlage 2**

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

**Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen**

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

1. Zahntechnische Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nummern 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik – außer Glaskeramik, nach Nummer 7 Buchstabe b – sind zu 40 vom Hundert beihilfefähig.

2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

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

3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

<sup>1</sup>Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:

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

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

#### 4. Implantologische Leistungen

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

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

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

#### 5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

<sup>1</sup>Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet beihilfefähig. <sup>2</sup>Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselementen,

bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen, beihilfefähig.

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

#### 6. Wartezeit für Beamte auf Widerruf

<sup>1</sup>Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nummern 214 bis 217, 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. <sup>3</sup>Dies gilt ferner nicht, wenn der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

#### 7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

a) Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden,

b) Glaskeramik einschließlich der anfallenden Nebenkosten, wie Charakterisierung.

### Anlage 3

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV)

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

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

Abduktionslagerungskeil

Absauggerät (z. B. bei Kehlkopfkrankung)

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

Alarmgerät für Epileptiker

Anatomische Brillenfassung

Anti-Varus-Schuh

Anus-praeter-Versorgungsartikel

Anzieh-/Ausziehhilfen

Aquamat

Armmanschette

Armtragegurt/-tuch

Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl

Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)

Aufrichteschlaufe

Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)

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

Augenschielklappe, auch als Folie

Badestrumpf

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

Badewannenverkürzer

Ballspritze

Behinderten-Dreirad

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

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

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

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

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

Fixationshilfen  
(Mini)Fonator

Gehgipsgalosse

Gehhilfen und -übungsgeräte

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

Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien

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

Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)

Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)

Gipsbett, Liegeschale

Glasstäbchen

Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz

Gummistrümpfe

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze

Handgelenkriemen

Hebekissen

Heimdialysegerät

Helfende Hand, Scherenzange

Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)

Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör

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

Hüftbandage (z. B. Hohmann-Bandage)

Impulsvibrator

Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör

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

Innenschuh, orthopädischer

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

Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen



Ipos-Vorfußentlastungsschuh

Kanülen und Zubehör

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter

Klumpfußschiene

Klumphandschiene

Klyso

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage

Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation

Knöchel- und Gelenkstützen

Körperersatzstücke einschl. Zubehör

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose

Koordinator nach Schielbehandlung

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Krabbler für Spastiker

Krampfaderbinde

Krankenfahrstuhl mit Zubehör

Krankenstock

Kreuzstützbandage

Krücke

Latextrichter bei Querschnittlähmung

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

Lesegeräte für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen  
Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)

Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

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

Lispelsonde

Mangoldsche Schnürbandage

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

Milchpumpe

Mundsperrer

Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

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

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen

Pavlikbandage

Penisklemme

Peroneusschiene, Heidelberger Winkel

Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung

Polarimeter

Quengelschiene

Reflektometer

Rektophor

Rollbrett

Rutschbrett

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

Schede-Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

Segofix-Bandagensystem

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

Skolioseumkrümmungsbandage

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

Sphinkter-Stimulator

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

Spreizfußbandage

Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

Spritzen  
Stehübungsgerät  
Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik  
Strickleiter  
Stubbies  
Stumpfschuhhülle  
Stumpfstrumpf  
Suspensorium  
Symphysen-Gürtel

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

Übungsschiene  
Urinale  
Urostomie-Beutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe  
Wechseldruckgerät  
Wright-Peak-Flow-Meter

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.
3. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.

4. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
5. <sup>1</sup>Die innerhalb eines Kalenderjahres über 100,00 Euro hinausgehenden Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig.  
<sup>2</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
6. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind beihilfefähig.
7. <sup>1</sup>Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512,00 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. <sup>2</sup>Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. <sup>3</sup>Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.
8. Aufwendungen für Erektionshilfen sind nicht beihilfefähig.
9. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 5 Abs. 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 6 Abs. 4 Nr. 3) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk

Adju-Set/-Sano

Angorawäsche

Aqua-Therapie-Hose

Arbeitsplatte zum Rollstuhl

Augenheizkissen

Autofahrerrückenstütze

Autokindersitz

Autokofferraumlifter

Autolifter

Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte

Bandagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)

Basalthermometer

Basisrampe

Bauchgurt

Behindertenstuhl "eibe"

Berkemannsandalen

Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie

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

Bett-Tisch

Bidet

Bill-Wanne

Blinden-Schreibsystem

Blinden-Uhr

Blutdruckmessgerät

Brückentisch

Corolle-Schuh

Dusche

Einkaufsnetz

Einmal-Handschuhe

Eisbeutel und -kompressen

Elektrische Schreibmaschine

Elektrische Zahnbürste

Elektrofahrzeuge (z. B. LARK, Graf Carello)

Elektro-Luftfilter

Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)

Elektronisches Notizbuch

Erektionshilfen

Eß- und Trinkhilfen

Expander

Farberkennungsgerät

Fieberthermometer

(Funk-)Lichtwecker  
Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

Ganter-Aktiv-Schuhe  
(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)  
Handtrainer  
Hängeliege  
Hantel (Federhantel)  
Hausnotrufsystem  
Hautschutzmittel  
Heimtrainer  
Heizdecke/-kissen  
Hilfsgeräte für die Hausarbeit  
Holzsandalen  
Höhensonne  
Hörkissen  
Hörkragen Akusta-Coletta

Intraschallgerät "NOVAFON"  
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)  
Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)  
Ionopront, PermoX-Sauerstoffherzeuger

Katapultsitz  
Katzenfell  
Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 1 erfasst)  
Knickfußstrumpf  
Knoche Natur-Bruch-Slip  
Kolorimeter  
Kommunikationssystem  
Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung  
Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidekubitusbett)  
Krankenunterlagen  
Kreislaufgerät "Schiele"

Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil

Language-Master  
Linguaduc-Schreibmaschine  
Luftpolsterschuhe  
Luftreinigungsgeräte

Magnetfolie  
Monophonator  
Munddusche

Nackenheizkissen  
Nagelspange Link

Öldispersionsapparat  
Orthopädische Bade- und Turnschuhe

Prothesenschuh  
Pulsfrequenzmesser

Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben  
Rotlichtlampe  
Rückentrainer

Salbenpinsel  
Sauerstoffgeräte  
Schlaftherapiegerät  
Sicherheitsschuh, orthopädisch  
Spezialsitze  
Spirometer  
Spranzbruchband  
Sprossenwand  
Sterilisator  
Stimmübungssystem für Kehlkopflose  
Stockroller  
Stockständer  
Stützstrümpfe  
Stufenbett  
SUNTRONIC-System (AS 43)

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

Übungsmatte  
Umweltkontrollgerät  
Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen

Waage  
Wandstandgerät  
WC-Sitz

Zahnpflegemittel  
Zehenkorrektursandale  
Zweirad für Behinderte.

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

11. Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

11.1 <sup>1</sup>Sehhilfen Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind beihilfefähig.

<sup>2</sup>Voraussetzung für die Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung



eines Augenarztes.<sup>3</sup> Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.

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

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

Einstärkengläser: für das sph. Glas 31,00 Euro

für das cyl. Glas 41,00 Euro

Mehrstärkengläser: für das sph. Glas 72,00 Euro

für das cyl. Glas 92,50 Euro

b) bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt):

zuzüglich je Glas 21,00 Euro

c) Dreistufen- oder Multifokalgläser:

zuzüglich je Glas 21,00 Euro

d) Gläser mit prismatischer Wirkung:

zuzüglich je Glas 21,00 Euro.

11.3 Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nr. 11.2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

11.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser

(hochbrechende mineralische Gläser)

zuzüglich je Glas bis zu 21,00 Euro

a) bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,

b) bei Anisometropien ab 2 dpt,

c) unabhängig von der Gläserstärke

aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,

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

nicht gewährleistet ist,

cc) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

### 11.3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser),

phototrope Gläser

zuzüglich je Glas

bis zu 11,00 Euro

- a) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),
- b) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendenschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
- c) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
- d) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
- e) bei Ziliarneuralgie,
- f) bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- g) bei totaler Farbenblindheit,
- h) bei Albinismus,
- i) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- j) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverlet-

zungen, Hirntumoren),

- k) bei Gläsern ab + 10 dpt,
- l) im Rahmen einer Fotochemotherapie,
- m) bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

#### 11.4 Kontaktlinsen

11.4.1 Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

11.4.2 Sofern ein Ausnahmefall nach Nummer 11.4.1 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 Euro (sphärisch) und 230,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.

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

11.4.4 Beihilfefähig sind ferner neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen – im Rahmen der Nr. 11.2 und 11.3 – Aufwendungen für

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

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

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

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

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

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

11.7 Aufwendungen für

- a) Brillenversicherungen und
  - b) Etuis
- sind nicht beihilfefähig.“

12. <sup>1</sup> Beihilfefähig sind ferner nach schriftlicher Verordnung eines Augenarztes Sehhilfen nach Nummer 11 für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die unter folgenden Erkrankungen leiden:

- a) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0) oder
- b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder
- c) gravierende Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
- d) erhebliche Gesichtsfeldausfällen

Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in den nach § 33 Abs. 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Fällen beihilfefähig.

13. <sup>1</sup>Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

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

<sup>2</sup>Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden.

<sup>3</sup>Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

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

d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. <sup>2</sup>Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

<sup>2</sup>Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. <sup>3</sup>Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. <sup>4</sup>Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

Zum Inkrafttreten der Vorschriften gilt folgendes:

1. Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Januar 2004 in Kraft, soweit nicht in den Absätzen zwei bis vier etwas Abweichendes bestimmt ist.
2. Abweichend von Absatz 1 tritt Anlage 2 am 1. Januar 2005 in Kraft.
3. Die Vorschrift des § 6 Abs. 1 Nr. 2 und die Vorschrift des § 17 Abs. 3 Satz 2 an dem Tag in Kraft, an dem die nächste Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung in Kraft tritt. Den Tag des Inkrafttretens gibt das Bundesministerium des Innern im Gemeinsamen Ministerialblatt bekannt. Bis dahin gilt § 6 Abs. 1 Nr. 2 in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung, mit der Maßgabe dass die Abzugsbeträge des § 12 Abs. 1 anwendbar sind.
4. Für Aufwendungen, die vor dem jeweiligen Inkrafttreten entstanden sind, oder für Behandlungen, die vor dem jeweiligen Inkrafttreten dieser Allgemeinen Verwaltungsvorschriften begonnen wurden, gelten die Regelungen der Beihilfevorschriften in der bis zum Inkrafttreten dieser Allgemeinen Verwaltungsvorschrift geltenden Fassung.