

Anlage 1

Erste Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung

Vom 17. Dezember 2009

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

Artikel 1

Die Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326) wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 45 wie folgt gefasst:

„§ 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe und Organspende“.

2. Dem § 2 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung unberührt, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert.“

3. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsbezugs schließt die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsansprüche sowie als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger aus. Satz 1 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.“

- b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird bei der oder dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, die oder der den Familienzuschlag für das Kind erhält. Beihilfeberechtigte im Sinne von Satz 1 sind Personen, die einen Anspruch auf Beihilfe haben, der in seinem Umfang dem Anspruch nach dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar ist, unabhängig von der jeweiligen Anspruchsgrundlage. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die Anspruch auf truppenärztliche Versorgung haben oder heilfürsorgeberechtigt sind. Als Familienzuschlag für das Kind gilt eine Leistung nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder der Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes oder vergleichbare Leistungen auf anderer Rechtsgrundlage.“

4. § 14 Satz 4 wird aufgehoben.

5. § 15 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

6. Dem § 16 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt nicht bei Indikationen nach § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4.“

7. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„(1) Zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 19), der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 20) sowie der Verhaltenstherapien (§ 21). Aufwendungen für tiefenpsychologisch

fundierte und analytische Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen (depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen, Dysthymie),
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,
9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Eine Psychotherapie kann neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

1. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
2. seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,
4. psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

Die Leistungen müssen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Anlage 2 Nummer 2 bis 4 erbracht werden. Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(2) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Krankheiten nach Absatz 1 dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei

analytischer Psychotherapie bis zu acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und

3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Für das Erstellen von Gutachten nach Satz 1 Nummer 3 benennt das Bundesministerium des Innern geeignete Gutachterinnen und Gutachter und gibt diese durch Verwaltungsvorschrift bekannt. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder einer Ärztin oder einem Arzt eingeholt werden, die oder den der Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes beauftragt hat.“

b) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 19 bis 21 und
2. die in Anlage 2 Nummer 1 aufgeführten Behandlungsverfahren.“

8. § 19 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird das Wort „Verfahren“ durch das Wort „Interventionen“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

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

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

c) Absatz 3 wird aufgehoben.

9. Die §§ 20 und 21 werden wie folgt gefasst:

„§ 20
Tiefenpsychologisch fundierte
und analytische Psychotherapie

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

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Erwachsenen:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle	30 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	höchstens 20 weitere Sitzungen	höchstens 20 weitere Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	80 weitere Sitzungen	40 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals 80 weitere Sitzungen	nochmals 40 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	begrenzte Behandlungsdauer von bis zu 60 weiteren Sitzungen	begrenzte Behandlungsdauer von bis zu 30 weiteren Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals 30 weitere Sitzungen	nochmals 30 weitere Sitzungen

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/ des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals 40 weitere Sitzungen	nochmals 30 weitere Sitzungen

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

(2) Der Beihilfefähigkeit steht nicht entgegen, wenn bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden.

(3) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Erstantrages durchgeführt werden.

§ 21
Verhaltenstherapie

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

1. bei Erwachsenen

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen
nur in besonderen Ausnahmefällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

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

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen
nur in besonderen Ausnahmefällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 18 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach den Nummern 2 bis 4 der Anlage 2 vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonderen Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hierüber unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 18 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.“

10. § 22 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 31 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

- b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Beihilfefähig sind Aufwendungen für potenzsteigernde Arzneimittel, wenn

1. die Arzneimittel zur Behandlung einer anderen Krankheit als der erektilen Dysfunktion erforderlich sind und
2. es zur Behandlung der Krankheit zugelassene Arzneimittel nicht gibt oder sie im Einzelfall nicht verträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben.“

11. In § 34 Absatz 4 wird die Angabe „31“ durch die Angabe „35 Absatz 2 Nummer 1“ ersetzt.

12. § 35 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitation bei Krebs- oder Herzerkrankung eines Kindes oder bei einem an Mukoviszidose erkrankten Kind,“

- b) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und“.

13. In § 36 Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Gutachten“ die Wörter „einer Amtsärztin, eines Amtsarztes, einer von ihr beauftragten Ärztin oder eines von ihr beauftragten Arztes“ eingefügt.

14. § 37 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Wortlaut wird folgender Absatz 1 vorangestellt:

„(1) Aufwendungen für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn Leistungen der Pflegeversicherung

1. bezogen werden oder
2. beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.“

- b) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 2.

- c) Dem neuen Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten auch Beihilfe zu den Aufwendungen für Betreuungsleistungen nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch.“

15. § 38 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „sowie die Betreuungsleistungen nach § 36 Absatz 1 Satz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

- b) In Absatz 2 Satz 7 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ die Wörter „sowie die in § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit“ eingefügt.

- c) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.“

- d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der oder des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.“

bb) Die Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„Pflegebedürftige können die beihilfefähigen Aufwendungen für die teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege mit Aufwendungen für die häusliche Pflege nach Absatz 1 oder Absatz 2 nach ihrer Wahl kombinieren. § 41 Absatz 4 bis 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

e) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Pflegebedürftige“ durch die Wörter „Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „Folgejahr“ durch die Wörter „folgende Kalenderhalbjahr“ ersetzt.

cc) Satz 4 wird aufgehoben.

f) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „und 6“ gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

g) In Absatz 9 Satz 1 werden die Wörter „und technische Hilfen“ gestrichen.

16. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

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

b) Dem Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Wird einer oder einem Beihilfeberechtigten oder einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen Pflegegeld gezahlt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 um das gezahlte Pflegegeld zu mindern. Das Gleiche gilt, wenn das Pflegegeld, das einer oder einem Beihilfeberechtigten oder einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen zuzurechnen ist, einem Dritten gezahlt wird.“

c) Folgende Absätze 5 und 6 werden angefügt:

„(5) Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung pflegebedürftiger Heimbewohnerinnen oder Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen richtet sich nach den Grundsätzen des § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(6) Leistungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn die oder der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.“

17. In § 40 Absatz 2 werden die Wörter „möglich ist“ durch die Wörter „erbracht werden kann“ ersetzt.

18. § 45 wird wie folgt gefasst:

„§ 45

Erste Hilfe, Entseuchung,
Kommunikationshilfe und Organspende

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. Erste Hilfe,
2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe und
3. Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige soweit die Kommunikationshilfen für den Erfolg beihilfefähiger Leistungen zur Kommunikation Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger mit den Leistungserbringern im Einzelfall, insbesondere wegen der Komplexität der Kommunikation, erforderlich ist und im Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die ein Organ spenden, wenn die Empfängerin oder der Empfänger des Organs beihilfeberechtigt ist oder zu den berücksichtigungsfähigen Angehörigen zählt; Kapitel 2 ist entsprechend anzuwenden. Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitsinkünften, der von der Organspenderin oder dem Organspender nachgewiesen wird oder von Personen, die als Organspenderin oder Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.“

19. Nach § 46 Absatz 3 Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„§ 5 Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer oder einem Beihilfeberechtigten nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Beihilfeberechtigte, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag vor Beginn der Elternzeit zustand.“

20. Dem § 47 wird folgender Absatz 9 angefügt:

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

21. § 49 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Nummer 1 und 2.“

b) In Absatz 6 werden nach dem Wort „Versicherungsaufsichtsgesetzes“ die Wörter „oder beihilfeergänzend bei der Postbeamtenkrankenkasse“ und nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „oder der Postbeamtenkrankenkasse“ eingefügt.

22. § 50 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Dabei sind die Beträge nach § 49 Absatz 1 bis 3 nur entsprechend der Höhe des tatsächlichen Abzugs zu berücksichtigen.“

23. § 51 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Soweit die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Schriftstücken herstellt, werden die dem Beihilfeantrag beigelegten Belege, soweit es sich nicht um Originalbelege handelt, deren Rückgabe die Antragstellerin oder der Antragsteller bei der Belegvorlage gefordert hat, nicht zurückgesandt. In den übrigen Fällen kann die Festsetzungsstelle von einer Rücksendung der Belege absehen. In allen Fällen sind die Belege spätestens sechs Monate nach Unanfechtbarkeit des Beihilfebescheides zu vernichten. Die Beihilfeberechtigten können in begründeten Fällen die Rücksendung der Belege verlangen. Soweit Festsetzungsstellen elektronische Dokumente von den eingereichten Belegen hergestellt haben, werden nur reproduzierte Belege zurückgegeben. Liegen tatsächliche Anhaltspunkte dafür vor, dass ein vorgelegter Beleg unecht ist oder dass ein vorgelegter echter Beleg verfälscht worden ist, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der oder des Beihilfeberechtigten bei der angegebenen Rechnungsstellerin oder dem angegebenen Rechnungssteller eine Auskunft über die Echtheit des Beleges einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen.“

24. § 52 wird wie folgt gefasst:

„§ 52

Zuordnung von Aufwendungen

Beihilfefähige Aufwendungen werden zugeordnet:

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

25. § 58 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „geleiteter Wehr- oder Zivildienstzeiten“ durch die Wörter „der geleiteten Zeiten des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes“ ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter „sechs Monate nach Inkrafttreten dieser Verordnung“ durch die Wörter „ab 1. Januar 2010“ ersetzt.

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Beamtinnen und Beamten, deren Beamtenverhältnis vor dem 1. Januar 1999 begründet worden ist und die bis zum Eintritt in den Ruhestand einen Anspruch auf Heilfürsorge nach § 70 des Bundesbesoldungsgesetzes oder entsprechenden Vorschriften haben oder hatten, kann abweichend von § 10 Absatz 2 eine Beihilfe gewährt werden, wenn sie über keine die Beihilfe ergänzende Restkostenversicherung verfügen.“

26. Anlage 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe „- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen“ wird die Angabe „- Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung“ eingefügt.

b) Nach der Angabe „- Cytotoxologische Lebensmitteltests“ werden der Buchstabe „D“ und die Angabe „- DermoDyne-Therapie (DermaDyne-Lichtimpfung)“ eingefügt.

27. Anlage 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1.1 werden die Wörter „Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren sind:“ durch die Wörter „Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für:“ ersetzt.

b) Nummer 1.2 wird wie folgt gefasst:

„1.2 Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 18 bis 21 gehören Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind. Entsprechendes gilt für Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung, für heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.“

c) Nummer 2.1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „- Kinderheilkunde,“ wird durch die Angabe „- Kinder- und Jugendmedizin,“ ersetzt.

bb) Die Angabe „- psychotherapeutische Medizin oder“ wird durch die Angabe „- Psychotherapeutische Me-

dizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder“ ersetzt.

- d) In Nummer 2.2 wird jeweils das Wort „Verfahren“ durch das Wort „Interventionen“ ersetzt.
- e) In Nummer 3.1 werden jeweils die Wörter „Psychotherapeutische Medizin,“ durch die Wörter „Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,“ ersetzt.
- f) Nummer 4.5 wird aufgehoben.

28. Nummer 4 der Anlage 5 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 4.1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird der Punkt am Ende durch einen Strichpunkt ersetzt.
 - bb) Im bisherigen Satz 2 werden die Wörter „Diese liegt“ durch die Wörter „diese liegt unter anderem“ ersetzt.
 - cc) Nach dem bisherigen Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Sehschärfebestimmung hat beidseits mit besserer Korrektur mit Brillengläsern oder möglichen Kontaktlinsen zu erfolgen.“
 - dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Als Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig:

 - a) Brillengläser,
 - b) Kontaktlinsen,
 - c) vergrößernde Sehhilfen.“
- b) Nummer 4.1.1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Nummer erhält folgende Überschrift:

„4.1.1 Brillengläser“.
 - bb) In Satz 1 werden die Wörter „Brillen sind - einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung -“ durch die Wörter „Brillengläser sind“ ersetzt.
- c) Nummer 4.1.2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„4.1.2 Besondere Brillengläser“.
 - bb) Die Wörter „Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern“ werden durch die Wörter „Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläser“ ersetzt.

d) Nummer 4.1.3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Nummer erhält folgende Überschrift:

„4.1.3 Kontaktlinsen“.

bb) In Satz 1 werden vor dem Wort „Kontaktlinsen“ die Wörter „Aufwendungen für“ eingefügt.

e) Nach Nummer 4.1.3 wird folgende Nummer 4.1.4 eingefügt:

„4.1.4 Vergrößernde Sehhilfen

Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete optische und elektronisch vergrößernde Sehhilfen. Voraussetzung ist, dass die Verordnung von einer Fachärztin oder von einem Facharzt für Augenheilkunde vorgenommen wurde, die oder der in der Lage ist, selbst die Notwendigkeit und Art der benötigten Sehhilfen zu bestimmen, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit entsprechend ausgestatteten Augenoptikerinnen oder Augenoptikern.

4.1.4.1 Aufwendungen für optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5fachen Vergrößerungsbedarf sind beihilfefähig als Hellfeldlupe, Hand- und Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung, oder als Brillengläser mit Lupenwirkung (Lupengläser), in begründeten Einzelfällen als Fernrohrlupenbrillensystem (z. B. nach Galilei, Kepler), gegebenenfalls einschließlich der Systemträger.

4.1.4.2 Aufwendungen für elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe sind als mobile oder nicht mobile Systeme bei einem mindestens sechsfachen Vergrößerungsbedarf beihilfefähig.

4.1.4.3 Aufwendungen für optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne sind als Handfernrohre/Monokulare (fokussierbar) beihilfefähig.

4.1.4.4 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:

- a) Fernrohrlupenbrillensysteme (z. B. nach Galilei, Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne,
- b) separate Lichtquellen (z. B. zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung des Lesegutes),
- c) Fresnellinsen aller Art.“

f) Die Nummern 4.2 bis 4.6 werden wie folgt gefasst:

„4.2 Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenkrankung sind in folgenden Fällen bei bestehender medizinischer Notwendigkeit beihilfefähig:

4.2.1 Brillenglas mit Lichtschutz mit einer Transmission bis 75 Prozent bei

- a) den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
- b) Albinismus.

Besteht beim Lichtschutzglas zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs, sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Nummer 4.1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

4.2.2 Brillenglas mit UV-Kantenfilter (400 nm Wellenlänge) bei

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

Besteht beim Kantenfilterglas zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs, sind bei Albinismus einer Transmissionsminderung (gegebenenfalls zusätzlich) die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Nummer 4.1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

4.2.3 Brillenglas mit Kantenfilter als Bandpassfilter mit einem Transmissionsmaximum bei einer Wellenlänge von 450 nm bei Blauzapfenmonochromasie. Besteht beim Kantenfilterglas zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs und gegebenenfalls einer Transmissionsminderung sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Nummer 4.1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

4.2.4 Brillenglas mit Kantenfilter (Wellenlänge größer als 500 nm) als Langpassfilter zur Vermeidung der Stäbchenbleichung und zur Kontrastanhebung bei

- a) angeborenem Fehlen von oder angeborenem Mangel an Zapfen in der Netzhaut (Achromatopsie, inkomplette Achromatopsie),
- b) dystrophischen Netzhauterkrankungen, z. B. Zapfendystrophien, Zapfen-Stäbchen-Dys-

trophien, Stäbchen-Zapfen-Dystrophien, Retinopathia pigmentosa, Chorioidemie),
c) Albinismus.

Das Ausmaß der Transmissionsminderung und die Lage der Kanten der Filter sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen. Besteht beim Kantenfilterglas zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs, sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Nummer 4.1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

4.2.5 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Kantenfilter bei

- a) altersbedingter Makuladegeneration,
- b) diabetischer Retinopathie,
- c) Opticusatrophie (außer im Zusammenhang mit einer dystrophischen Netzhauterkrankung),
- d) Fundus myopicus.

4.2.6 Horizontale Prismen in Gläsern mit mehr als 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung von mehr als 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen) bei krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen, mit dem Ziel, Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern, sowie bei Augenmuskelparesen, um Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern.

Bei vertikalen Prismen in Gläsern und bei Folien mit prismatischer Wirkung gelten die Voraussetzungen des Satzes 1 mit der Ausnahme, dass der Grenzwert jeweils mindestens 1 Prismendioptrie beträgt. Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, z. B. prä- oder postoperativ sind nur die Aufwendungen für Prismenfolien ohne Trägerglas beihilfefähig.

Die Verordnung setzt eine umfassende augenärztliche orthoptisch-pleoptische Diagnostik voraus. Isolierte Ergebnisse einer subjektiven Heterophorie-Testmethode begründen keine Verordnungsfähigkeit von Folien und Gläsern mit prismatischer Wirkung. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sowie Höhenausgleichsprismen bei Mehrstärkengläsern sind nicht beihilfefähig.

Besteht bei Brillengläsern mit therapeutischen Prismen zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs, sind die Aufwendungen der

- entsprechenden Brillengläser nach Nummer 4.1 beihilfefähig.
- 4.2.7 Okklusionsschalen oder -linsen bei dauerhaft therapeutisch nicht anders beeinflussbarer Doppelwahrnehmung.
- 4.2.8 Kunststoff-Bifokalgläser mit besonders großem Nahteil zur Behebung des akkommodativen Schielens bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
- 4.2.9 Okklusionspflaster und Okklusionsfolien als Amblyopietherapeutika, nachrangig Okklusionskapseln. Nicht beihilfefähig als Amblyopietherapeutikum sind Okklusionslinsen und -schalen.
- 4.2.10 Uhrglasverbände oder konfektionierter Seitenschutz bei unvollständigem Lidschluss (z. B. infolge einer Gesichtslähmung) oder bei Zustand nach Keratoplastik, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden.
- 4.2.11 Irislinsen mit durchsichtigem, optisch wirksamem Zentrum bei Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse oder Albinismus).
- 4.2.12 Verbandlinsen oder -schalen bei oder nach
- Hornhauterosionen, Hornhautepitheldefekten,
 - Abrasio nach Operation,
 - Verätzung oder Verbrennung,
 - Hornhautverletzung (perforierend oder lamellierend),
 - Keratoplastik,
 - Hornhautentzündungen und -ulzerationen, z. B. Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis.
- 4.2.13 Kontaktlinsen als Medikamententräger zur kontinuierlichen Medikamentenzufuhr.
- 4.2.14 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Verbandlinsen oder Verbandsschalen nach nicht beihilfefähigen Eingriffen.
- 4.2.15 Kontaktlinsen
- bei ausgeprägtem, fortgeschrittenem Keratokonus mit keratokonusbedingten pathologischen Hornhautveränderungen und Hornhautradius unter 7 mm zentral oder im Apex oder
 - nach Hornhauttransplantation oder Keratoplastik.
- 4.2.16 Kunststoffgläser als Schutzgläser bei Patientinnen und Patienten, die an Epilepsie oder an Spastiken erkrankt sind - sofern sie erheblich sturzgefährdet sind - oder funktionell Einäugige (funktionell Einäugige: bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges unter 0,2). Besteht zusätzlich die Notwendigkeit eines Refraktionsausgleichs, sind die Aufwendungen der entsprechenden Brillengläser nach Nummer 4.1 beihilfefähig. Kontaktlinsen sind bei dieser Indikation nicht beihilfefähig.
- 4.3 Muss ein Schulkind während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind die Aufwendungen für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 4.1.1 und 4.1.2 und für eine Brillenfassung bis zu 52 Euro beihilfefähig.
- 4.4 Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe sind nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre - bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre - vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
- sich die Refraktion geändert hat,
 - die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
 - sich die Kopfform geändert hat.
- 4.5 Die Irisschale mit geschwärtzter Pupille ist keine therapeutische und keine sehschärfeverbessernde Sehhilfe. Sie stellt ein Körperersatzstück dar und ist beihilfefähig bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut des blinden Auges.
- 4.6 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
- Sehhilfen, die nur für eine berufliche Tätigkeit erforderlich werden,
 - Bildschirmbrillen,
 - Brillenversicherungen,
 - Zweitbrillen,
 - Reservebrillen,
 - Brillengläser für Sportbrillen, ausgenommen Schulsportbrillen im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht,
 - Brillenetuis und
 - Brillenfassungen, außer im Fall der Nummer 4.3.“

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.