

Anlage 2

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Rechtsverordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung - BBhV)

Vom 14. Februar 2009

Nach § 57 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) vom 13. Februar 2009 erlässt das Bundesministerium des Innern folgende Verwaltungsvorschrift zur Durchführung der Bundesbeihilfeverordnung:

1 Zu § 1 Regelungszweck

1.1 ¹Die Beihilfe ist eine eigenständige ergänzende beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamtinnen und Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. ²Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die den Beamtinnen und Beamten und ihren Familien gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. ³Diese verlangt jedoch keine lückenlose Erstattung jeglicher Aufwendungen. ⁴Neben Beamtinnen und Beamten können weitere Personengruppen aufgrund spezialgesetzlicher Verweisungen einen Beihilfeanspruch haben (vgl. z. B. § 27 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes (AbgG), § 46 des Deutschen Richtergesetzes (DRiG) oder § 31 des Soldatengesetzes (SG)).

2 Zu § 2 Beihilfeberechtigte

2.1 Zu Absatz 1

2.1.1 Witwen oder Witwer und Waisen von Beihilfeberechtigten, die Ansprüche nach Absatz 2 haben und damit zu den Personen nach Nummer 2 gehören, sind bereits von dem Tag an selbst beihilfeberechtigt, an dem die oder der Beihilfeberechtigte stirbt.

2.2 Zu Absatz 2

2.2.1 Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen insbesondere § 22 Abs. 1 Satz 2, § 51 Abs. 3, die §§ 53 bis 56, § 61 Abs. 2 und 3 und § 87 Abs. 3 des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG), § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) sowie § 10 Abs. 4 und 7 des Postpersonalrechtsgesetzes (PostPersRG) in Betracht.

2.2.2 ¹Ein Anspruch auf Beihilfe besteht auch, wenn eine Freistellung nach § 92 Abs. 1 Nr. 2 des Bundesbeamtengesetzes (BBG) erfolgt. ²Dies gilt nicht, wenn die Beamtin oder der Beamte berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger einer oder eines Beihilfeberechtigten

wird oder Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hat. ³Die Rechtsgrundlage dazu befindet sich im § 92 Abs. 5 Satz 1 BBG.

2.2.3 ¹Ein Anspruch auf Beihilfe besteht auch während der Elternzeit. ²Der Rechtsanspruch ergibt sich aus § 80 Abs. 1 Nr. 1 BBG.

2.3 Zu Absatz 3

2.3.1 ¹Nach § 27 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) erhalten Mitglieder des Deutschen Bundestages und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger nach diesem Gesetz einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV). ²Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt.

2.3.2 Soweit die Mitglieder des Deutschen Bundestages, die zugleich Mitglieder der Bundesregierung oder Parlamentarische Staatssekretärinnen oder Parlamentarische Staatssekretäre sind, sich für den Zuschuss nach § 27 Abs. 1 AbgG entscheiden, wird dieser von dem jeweils zuständigen Ministerium der Bundesregierung für den Deutschen Bundestag festgesetzt und gezahlt.

2.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)

2.5 Zu Absatz 5 (bleibt frei)

3 Zu § 3 Beamtinnen und Beamte im Ausland (bleibt frei)

4 Zu § 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige

4.1 Zu Absatz 1

4.1.1 Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 5 Abs. 1 zu beachten.

4.1.2 Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen derjenigen oder demjenigen zu gewähren, bei der oder dem die oder der Betreffende bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger war; angenommen bei Witwen, Witwern und Waisen.

4.1.3 ¹Bei Prüfung des Einkommens von berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen und Ehegatten wird immer auf den Zeitpunkt der Antragstellung abgestellt, unabhängig zu welchem Zeitpunkt die Aufwendungen entstanden sind. ²Dadurch ist ein Schieben der entstandenen Aufwendungen in das Folgejahr möglich. ³§ 54 Abs. 1 ist zu beachten. ⁴Gibt eine Ehegattin oder eine Ehegatte anlässlich eines dienstlich

	veranlassten Umzugs des oder der Beihilfeberechtigten ins Ausland die Berufstätigkeit im Laufe des Jahres auf und überschreitet mit dem bis dahin erzielten Einkommen im Jahr des Umzugs noch die Einkommensgrenze, sind im nächsten Jahr Rechnungen über Aufwendungen im Jahr des Umzugs beihilfefähig. ¹ Bei hohen Aufwendungen, beispielsweise im Fall von Krankenhausaufenthalten, können Abschläge auf die zu erwartende Beihilfe gezahlt werden.	4.3	Zu Absatz 3 (bleibt frei)
		5	Zu § 5 Konkurrenzen
		5.1	Zu Absatz 1
		5.1.1	Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig.
		5.2	Zu Absatz 2 (bleibt frei)
		5.3	Zu Absatz 3
4.1.4	Wird Beihilfe aufgrund des Satzes 2 gezahlt, ist die oder der Beihilfeberechtigte aktenkundig darüber zu belehren, dass nach Feststellung der Überschreitung des Gesamtbetrages der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr die Beihilfe zurückzuzahlen ist.	5.3.1	¹ Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne des § 5 Abs. 3 nicht ausgeschlossen. ² Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. ³ Beispiel: Eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin oder berücksichtigungsfähige Angehörige hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. ⁴ Als Angestellte steht ihr insoweit keine Beihilfe zu, da sie in diesem Fall infolge der Verweisung auf Sachleistungen dem Grunde nach keine Beihilfeberechtigung aus ihrem Arbeitsverhältnis hat. ⁵ Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder als berücksichtigungsfähige Angehörige zu. ⁶ Die Ausschlussregelung für berücksichtigungsfähige Ehegatten in § 4 ist zu beachten.
4.1.5	¹ Der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG) ist die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Abs. 3 EStG. ² Nach dem EStG § 2 Abs. 2 sind Einkünfte bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k EStG) und bei den anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9a EStG). ³ Die Voraussetzungen für die Berücksichtigung der Ehegattin oder des Ehegatten sind durch die Vorlage des Steuerbescheides jährlich nachzuweisen.		
4.2	Zu Absatz 2		
4.2.1	¹ Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. ² Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Familienzuschlag zusteht (Kinder von Beamtinnen und Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, Kinder von Beihilfeberechtigten, die sich in Elternzeit befinden) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden.	5.3.2	¹ Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist ausgeschlossen. ² Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.
4.2.2	Welchem Beihilfeberechtigten im Einzelfall die Beihilfe für berücksichtigungsfähige Kinder gewährt wird, ergibt sich aus § 5 Abs. 4.	5.3.3	¹ Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben und aufgrund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V oder keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist aus Fürsorgegründen Absatz 3 nicht anzuwenden. ² In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Angehörige oder
4.2.3	¹ Ein Anspruch auf Beihilfe für Kinder als berücksichtigungsfähige Angehörige besteht grundsätzlich so lange, wie der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag nach dem BBesG oder dem BeamtVG gezahlt wird. ² Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird.		
4.2.4	Hinweise 4.1.1 und 4.1.2 gelten entsprechend.		

berücksichtigungsfähiger Angehöriger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.

5.3.4 ¹Wird teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen von Beamtinnen oder Beamten aufgrund Tarifvertrags zustehender Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über die beamtete Ehegattin oder den beamteten Ehegatten, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. § 4 Abs. 1). ²Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die aufgrund Tarifvertrag zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 9 Abs. 1). ³Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzung des Kapitels 3 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch der beamteten Ehegattin oder des beamteten Ehegatten.

5.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)

6 Zu § 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

6.1 Zu Absatz 1

6.1.1 Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (vgl. § 1 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), § 1 Abs. 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)).

6.1.2 Aufwendungen nach Satz 2 umfassen auch solche Fälle, in denen die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer keine Ärztin oder kein Arzt ist, weil das medizinische Fachpersonal nicht in der Lage ist, die Leistung selbst zu erbringen, diese aber dringend medizinisch geboten ist (z.B. Spezialuntersuchungen in wissenschaftlichen Instituten).

6.2 Zu Absatz 2

6.2.1 ¹Im Regelfall sind von der GKV anerkannte neue Behandlungsmethoden immer beihilfefähig. ²Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein ärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.

6.3 Zu Absatz 3

6.3.1 ¹Die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zugrunde zu legen sind. ²Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einfachsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. ³Der in der

GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.

6.3.2 ¹Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen sind die Gebühren nach der GOÄ/GOZ auch dann, wenn die Leistung von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt oder in deren oder dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z.B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit die Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung vorgeschrieben ist. ²Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. ³Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für alle anderen Benutzer verbindlich sind. ⁴Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden. ⁵Abrechnungen nach dem DKG-NT (Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif) sind ebenso anzuerkennen.

6.3.3 ¹Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind - § 1 Abs. 2 Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818). ²Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Gebührensatznummern:

- Abschnitt B der GOÄ: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95;
- Abschnitt G der GOÄ: 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.

³Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach den Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der GOÄ unterliegen nicht dem Vorkennungsverfahren. ⁴Sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.

6.3.4 ¹Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4

GOZ vorgesehenen Schwellenwert, kann sie nach § 6 Abs. 3 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Satz 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen.² Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

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

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z. B. Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und Nummer 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

6.3.5 ¹Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. ²Bestehen bei der Festsetzungsstelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch die Ärztin oder den Arzt oder die Zahnärztin oder den Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der oder des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. ³Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung der oder des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer oder Zahnärztekammer oder einer medizinischen/zahnmedizinischen Gutachterin oder eines medizinischen/zahnmedizinischen Gutachters einzuholen. ⁴Die Beihilfeberechtigte oder der Beihilfeberechtigte ist nach § 51 Abs. 1 BBhV zur Mitwirkung verpflichtet. ⁵Wird das Einverständnis nicht erteilt, ist Nummer 51.1.7 zu beachten.

6.3.6 ¹Nach § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). ²Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig. ³Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen i. S. der Beihilfevorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Hinweis Nummer 6.3.4 und 6.3.5 gerechtfertigt. ⁴Aus-

nahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern zugelassen werden.

6.3.7 Ist die oder der Beihilfeberechtigte zivilrechtlich rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung einer Ärztin oder eines Arztes verpflichtet, ist die Vergütung regelmäßig als angemessen i. S. des Beihilferechts anzuerkennen (vgl. BVerwG vom 25. November 2004 - 2 C 30.03).

6.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)

6.5 Zu Absatz 5

6.5.1 Aufwendungen für Leistungen, die nicht durch den Basistarif abgedeckt sind, aber nach der BBhV beihilfefähig sind, werden als beihilfefähig unter Beachtung der Absätze 1 bis 3 anerkannt.

6.5.2 Aufwendungen für Leistungen, die grundsätzlich durch den Basistarif abgedeckt werden, aber nicht im Basistarif in Anspruch genommen wurden, sind in Höhe des Basistarifs beihilfefähig.

6.5.3 Die erstellten Rechnungen auf Grundlage der abgeschlossenen Verträge nach § 75 Abs. 3b Satz 1 SGB V bedürfen keiner weiteren Prüfung.

7 Zu § 7 Verweisung auf das Sozialgesetzbuch (bleibt frei)

8 Zu § 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit

8.1 Zu Absatz 1 (bleibt frei)

8.2 Zu Absatz 2

8.2.1 Sofern der Ersatzanspruch nicht auf einem Ereignis beruht, welches nach § 76 des Bundesbeamtengesetzes (BBG) oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt, gilt das Rundschreiben vom 6. Juni 1980 - D III 6 - 213 103 - 4/13 - weiter.

8.3 Zu Absatz 3

8.3.1 ¹Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen oder Kostenanteile sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. ²Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. ³Von der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. ⁴Bei den nicht durch Zuschüsse der Krankenversicherung gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen oder Kostenanteile.

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

8.4 Zu Absatz 4

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

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

8.4.3 ¹Da nach Satz 3 Nr. 1 bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. ²Festbeträge können gebildet werden für

- Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
- Hilfsmittel (§ 36 SGB V).

³Als Festbeträge gelten auch

- die Vertragssätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V (Sehhilfen),
- der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V (Zuschuss zu den Kosten bei fehlender Indikation für Kontaktlinsen, der für eine erforderliche Brille aufzuwenden wäre),
- der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Sehhilfen bis zum 14. Lebensjahr) sowie
- der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V (Beschränkung des Entgeltes für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen auf Festbeträge in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen).

8.4.4 ¹Satz 3 Nr. 2 erfasst die Fälle, in denen sich die oder der gesetzlich Pflichtversicherte nicht im Rahmen

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

8.5 Zu Absatz 5 (bleibt frei)

9 Zu § 9 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

9.1 Zu Absatz 1

9.1.1 ¹Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z.B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche auf Krankheitsfürsorge aufgrund Artikel 31 Abs. 2 des Statuts des Lehrpersonals der Europäischen Schulen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. ²Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), und zwar auf Leistungen der Kriegsopferversorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen der oder des Leistungsberechtigten oder ihrer oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden. ³Die Beihilfe geht den Leistungen nach dem Krankenfürsorgesystem der EG vor.

9.1.2 ¹Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615a i. V. m. § 1610 Abs. 2, §§ 1615 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)). ²Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 9 Abs. 1 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. ³Daher kann z. B. die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.

9.2 Zu Absatz 2

9.2.1 ¹Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zahlt bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) einen befundbezogenen Festzuschuss. ²Der Festzuschuss umfasst 50 Prozent der jeweiligen Regelversorgung. ³Unter den Voraussetzungen des § 55 Abs. 1 SGB V kann sich der Festzuschuss um maximal 30 Prozent nochmals erhöhen. ⁴Dieser maximal zu erreichende Festzuschuss (entspricht

65 Prozent der jeweiligen Regelversorgung) wird immer, sowohl bei freiwillig Versicherten als auch bei Pflichtversicherten in der GKV, angerechnet, unabhängig davon, ob die GKV diesen auch gezahlt hat.

9.3 Zu Absatz 3

9.3.1 Satz 1 ist z. B. bei privatärztlicher Behandlung anzuwenden.

9.3.2 Zu den Erstattungen und Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 4 Nr. 3 gehören nicht Erstattungen und Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr aufgrund des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) gewährt werden.

9.4 Zu Absatz 4 (bleibt frei)

10 Zu § 10 Beihilfeanspruch

10.1 Zu Absatz 1

10.1.1 ¹Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen der oder des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bis zum Todestag entstanden sind, erfolgt nach den am Tag vor dem Tod jeweils maßgebenden personenbezogenen Bemessungssätzen nach § 46. ²Bis zum Zeitpunkt des Todes einer oder eines Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis ihres oder seines Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

10.1.2 Aufwendungen anlässlich des Todes von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nicht beihilfefähig, ausgenommen in Fällen des § 44.

10.2 Zu Absatz 2

10.2.1 ¹Nach Artikel 43 des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) besteht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit Wohnsitz in Deutschland ab dem 1. Januar 2009 eine Pflicht zur Versicherung in der Krankenversicherung. ²Wer weder gesetzlich versichert ist noch einen Anspruch auf Leistungen eines anderen Versorgungssystems wie freie Heilfürsorge hat, ist verpflichtet, den nicht von der Beihilfe abgedeckten Teil in einem der angebotenen Tarife der Krankenversicherung, die mindestens ambulante und stationäre Versorgung umfassen, zu versichern. ³Wird der Nachweis des Krankenversicherungsschutzes nicht erbracht, kann keine Beihilfe gewährt werden. ⁴Haben Beihilfeberechtigte oder ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen mehrere Wohnsitze, reicht für die Begründung der Krankenversicherungspflicht ein (Haupt- oder Neben-)Wohnsitz in Deutschland aus. ⁵Unabhängig

vom Leistungsumfang genügt eine vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Teilversicherung der Versicherungspflicht, sofern sie ambulante und stationäre Leistungen vorsieht.

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

10.2.3 Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen steht Beihilfe zu, wenn sie nachweisen, dass sie rechtmäßig über keinen die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutz verfügen.

11 Zu § 11 Aufwendungen im Ausland

11.1 Zu Absatz 1

11.1.1 ¹Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. ²Beihilfefähige Höchstbeträge, Ausschlüsse und Eigenbeteiligungen sind zu beachten. ³Bei privaten Krankenhäusern ist eine Vergleichsberechnung entsprechend § 26 Abs. 2 durchzuführen.

11.1.2 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem Tag der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.

11.1.3 ¹Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 1 000 Euro ist eine Übersetzung beizufügen. ²Bis 1 000 Euro ist eine kurze Angabe der Antragstellerin oder des Antragstellers über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.

11.1.4 Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union gilt als Wohnort

- a) bei Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
- b) bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienstort.

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

11.1.6	¹ Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Bescheinigung einer Fachärztin oder eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. ² Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 35 Abs. 1 Nr. 1, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 26 medizinisch indiziert ist. ³ Bei einer Krankenhausbehandlung entfällt die Vergleichsberechnung nach § 26 Abs. 2.		davon, ob dieser mit der Gebührennummer 002 oder 003 des Gebührenverzeichnisses für Zahnärzte in Rechnung gestellt wurde.
		15	Zu § 15 Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
		15.1	Zu Absatz 1
		15.1.1	Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ auch Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau) nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ erfasst.
11.1.7	Wird eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder eine Versorgungsempfängerin oder ein Versorgungsempfänger wegen Neurodermitis oder Psoriasis am Toten Meer (Ein Boqeg, Salt Land Village, Sdom) behandelt, sind aus diesem Anlass entstehende Aufwendungen im gleichen Umfang wie Aufwendungen nach § 35 Abs. 1 Nr. 4 beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.	15.1.2	Beihilfefähige Aufwendungen beim Austausch von Sekundärteilen richten sich sinngemäß nach den Voraussetzungen des Absatzes 1.
		15.1.3	Ab dem zwölften Lebensjahr ist der Wechsel von den Milchzähnen zum „Erwachsenengebiss“ generell abgeschlossen (die 28 Zähne des Erwachsenenbisses müssten durchgebrochen sein), so dass ab diesem Zeitpunkt vom jugendlichen Erwachsenenbiss gesprochen werden kann.
11.2	Zu Absatz 2 (bleibt frei)	15.2	Zu Absatz 2
11.3	Zu Absatz 3 (bleibt frei)	15.2.1	¹ Sofern eine aktive kieferorthopädische Weiterbehandlung (Maßnahmen nach Nr. 603 bis 605 oder Nr. 606 bis 609 des Gebührenverzeichnisses der GOZ) über den bis zu vierjährigen Zeitraum hinaus medizinisch notwendig wird, ist die Vorlage eines neuen Heil- und Kostenplanes erforderlich. ² Dieser ist im letzten Quartal vor Ablauf der vierjährigen Behandlung, d. h. im 16. Behandlungsquartal, vorzulegen. ³ Kieferorthopädische Leistungen, die nach dem 16. Behandlungsquartal durchgeführt werden, sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit, gegebenenfalls nach fachzahnärztlicher Begutachtung, vorher anerkannt hat. ⁴ Entsprechendes gilt für erforderliche Zweitbehandlungen.
12	Zu § 12 Ärztliche Leistungen		
12.1	¹ Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit oder einer Vorsorgeuntersuchung entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. ² Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung können die Aufwendungen nicht geprüft werden. ³ Der Antragstellerin oder dem Antragsteller ist Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben beizubringen.		
13	Zu § 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern		
13.1	¹ Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. ² Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung sind die Aufwendungen nicht prüfbar.	15.2.2	Erfolgt die aktiven Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Regelbehandlungszeit von bis zu vier Jahren und sind anschließend ausschließlich Retentionsmaßnahmen nach Nummer 621 oder Begleitleistungen nach den Nummern 618 bis 623 des Gebührenverzeichnisses der GOZ medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.
13.1.2	Dienstunfähigkeitsbescheinigungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nicht beihilfefähig.		
14	Zu § 14 Zahnärztliche Leistungen	15.2.3	¹ Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 620 und 624 des Gebührenverzeichnisses für Zahnärzte setzen nicht unmittelbar eine kieferorthopädische Behandlung im Sinne dieser Verordnung voraus. ² Für diese Leistungen ist kein Heil- und Kostenplan notwendig.
14.1	Aufwendungen für einen Heil- und Kostenplan bei geplanten Zahnersatz- und implantologischen Leistungen sind grundsätzlich beihilfefähig, unabhängig		

15.2.4	<p>¹Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen ab Vollendung des 18. Lebensjahres nicht beihilfefähig, es sei denn, es liegt eine schwere Kieferanomalie vor, bei der neben der kieferorthopädischen Behandlung eine Kieferoperation zum Ausgleich der Fehlstellung erfolgt.</p> <p>²Schwere Kieferanomalie liegt vor bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer, - skelettalen Dysgnathien, - verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen. <p>³Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.</p>	<p>²Die Einreichung der Unterlagen an die Gutachterin oder den Gutachter hat in anonymisierter Form zu erfolgen. ³Die Festsetzungsstelle vergibt an die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten einen von ihr festgelegten Anonymisierungscode.</p>	
		18.2.3	Die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten ergeben.
		18.2.4	¹ Die oder der Beihilfeberechtigte hat der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vorzulegen. ² Außerdem hat die oder der Beihilfeberechtigte oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf dem Formblatt 2 einen Bericht für die Gutachterin oder den Gutachter zu erstellen.
15.3	Zu Absatz 3 (bleibt frei)		
15.4	Zu Absatz 4 (bleibt frei)		
16	Zu § 16 Auslagen, Material- und Laborkosten		
16.1	Zu Absatz 1	18.2.5	Die Therapeutin oder der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und gegebenenfalls das Formblatt 2a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der oder des Beihilfeberechtigten, der Patientin oder des Patienten.
16.1.1	Aufwendungen für Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ sind durch eine Rechnung der Zahnärztin oder des Zahnarztes oder Dentallabors entsprechend § 10 Abs. 2 Nr. 5 und 6 GOZ nachzuweisen.		
16.2	Zu Absatz 2 (bleibt frei)		
17	Zu § 17 Zahnärztliche Leistungen bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf (bleibt frei)	18.2.6	Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit dem Formblatt 3 eine Gutachterin oder einen Gutachter aus dem Kreis der in Anhang 1 aufgeführten vom Bundesministerium des Innern bestellten Gutachterinnen und Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 4 und leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
18	Zu § 18 Psychotherapeutische Leistungen		
18.1	Zu Absatz 1 (bleibt frei)		
18.2	Zu Absatz 2		<ul style="list-style-type: none"> a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!), b) das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie), c) das Formblatt 4, in dreifacher Ausfertigung, d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
18.2.1	¹ Geeignete Gutachterinnen und Gutachter im Sinne des Satzes 2 der Verordnung sind im Anhang 1 aufgeführt. ² Für probatorische Sitzungen gilt die Höchstgrenze je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer.		
18.2.2	¹ Gutachterinnen oder Gutachter erstellen im Auftrag der Festsetzungsstelle ein Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung und bewerten die Angaben der Ärztin, des Arztes, der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeutin oder Therapeut genannt); dabei sind die Formblätter 1 und 2 im Anhang 2 zu verwenden.	18.2.7	¹ Die Gutachterin oder der Gutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme nach dem Formblatt 4 („Psychotherapie-Gutachten“) - in zweifacher Ausfertigung - in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. ² Diese leitet eine Ausfertigung des „Psychotherapie-Gutachtens“ an die Therapeutin oder den Therapeuten weiter. ³ Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der oder dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen

	Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 5.		Therapeutin oder vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumschlag der Gutachterin oder dem Gutachter zu, welche oder welcher das Erstgutachten erstellt hat. ² Dabei ist das Formblatt 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. ³ Im Übrigen gelten die Nummern 18.2.6 bis 18.2.9 entsprechend.
18.2.8	¹ Legt die oder der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. ² Zu diesem Zweck hat die oder der Beihilfeberechtigte oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den „Erstbericht“ an die Gutachterin oder den Gutachter auf dem Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsstelle, der Gutachterin oder des Gutachters eingegangen werden sollte. ³ Die Therapeutin oder der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Obergutachterin oder den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der oder des Beihilfeberechtigten, der Patientin oder des Patienten.	18.2.12	Um eine Konzentration auf einzelne Gutachterinnen und Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachterinnen, Gutachtern, Obergutachterinnen oder Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.
		18.2.13	Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro und des Obergutachtens in Höhe von 82 Euro jeweils zuzüglich der Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, trägt die Festsetzungsstelle.
		18.3	Zu Absatz 3 (bleibt frei)
		18.4	Zu Absatz 4 (bleibt frei)
		18.5	Zu Absatz 5 (bleibt frei)
18.2.9	¹ Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle eine geeignete Obergutachterin oder einen geeigneten Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens. ² Im Anhang 1 sind geeignete Obergutachterinnen und Obergutachter aufgeführt. ³ Die Festsetzungsstelle leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu: a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!), b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens, c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag. ⁴ Ist die oder der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachterin oder Gutachter gleichzeitig Obergutachterin oder Obergutachter, ist eine andere Obergutachterin oder ein anderer Obergutachter einzuschalten. ⁵ Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters abgelehnt wurde, weil die Therapeutin oder der Therapeut die in Anlage 2 zu den §§ 18 bis 21 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.	18.6	Zu Absatz 6
		18.6.1	Psychologische Psychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen zusätzlich zu dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter mit dem Formblatt 2a den erforderlichen Konsiliarbericht einer Ärztin oder eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG, BGBl. 1998 I S. 1311) einholen.
		18.7	Zu Absatz 7
		18.7.1	¹ Diese Behandlungsform ist keine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 19 - 21 und bedarf daher keines Gutachterverfahrens. ² Die Aufwendungen sind angemessenen bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind.
		18.8	Zu Absatz 8
		18.8.1	Anfallende Telefon- oder Internetkosten für das internetgestützte Therapieverfahren gehören nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen.
18.2.10	¹ Die Obergutachterin oder der Obergutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. ² Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der oder dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.	19	Zu § 19 Psychosomatische Grundversorgung (bleibt frei)
		20	Zu § 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie (bleibt frei)
18.2.11	¹ Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Festsetzungsstelle den von der	21	Zu § 21 Verhaltenstherapie (bleibt frei)

22	Zu § 22 Arznei- und Verbandmittel	berechtigten eine Bestätigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes beizubringen. ³ Ein einmaliger Nachweis für die Ausnahmereglung ist dabei grundsätzlich ausreichend.
22.1	Zu Absatz 1	
22.1.1	¹ Die Verordnung nach Absatz 1 muss vor dem Kauf des Arznei- und Verbandmittels erfolgen. ² Gewährte zuordnungsfähige Rabatte sind zu berücksichtigen.	22.2.5 ¹ Für die im Anhang 4 aufgeführten Indikationsgebiete kann die Ärztin oder der Arzt auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie verordnen, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist. ² Die Ärztin oder der Arzt hat zur Begründung der Verordnung die zugrunde liegende Diagnose mitzuteilen.
22.1.2	¹ Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der Ärztin, des Arztes, der Zahnärztin, des Zahnarztes, der Heilpraktikerin oder des Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. ² Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.	22.2.6 Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit beihilfefähigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), sind beihilfefähig, wenn das nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist.
22.2	Zu Absatz 2	
22.2.1	¹ Grundsätzlich sind nur verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, es sei denn, bei deren Anwendung steht eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund. ² Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. ³ Die von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Arzneimittel und Wirkstoffe sind in Anlehnung an § 34 Abs. 1 Satz 6 bis 8 SGB V im Anhang 3 aufgeführt. ⁴ Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung von erektiler Dysfunktion verordnet werden, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie aufgrund einer anderen Diagnose verordnet worden sind.	22.2.7 ¹ Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines beihilfefähigen Arzneimittels auftretenden schädlichen unbeabsichtigten Reaktionen (unerwünschte Arzneimittelwirkungen - UAW) eingesetzt werden, sind beihilfefähig, wenn die UAW schwerwiegend sind. ² Das heißt, wenn die UAW lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. ³ Dabei wird nicht auf die genannten Indikationsgebiete im Anhang 4 abgestellt. ⁴ Die UAW muss aus der Fachinformation des Arzneimittels ersichtlich sein.
22.2.2	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn sie apothekenpflichtig sind und in Form von Spritzen (dazu gehören auch Infusionen), Salben oder Inhalationen bei einer ambulanten Behandlung verbraucht wurden oder werden (§ 22 Abs. 2 Buchstabe c).	22.2.8 ¹ Nicht apothekenpflichtige Medizinprodukte sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. ² Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und apothekenpflichtig sind, sind beihilfefähig, sofern diese Mittel bei Anwendung des Arzneimittelgesetzes in der Fassung vom 31. Dezember 1994 apothekenpflichtige Arzneimittel gewesen wären (§ 31 Abs. 1 Satz 3 SGB V in der am 30. Juni 2008 geltenden Fassung) und nicht durch andere Vorschriften ausgeschlossen sind.
22.2.3	¹ Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. ² Ausnahmsweise sind diese Arzneimittel beihilfefähig, wenn sie bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. ³ Die Ausnahmen lehnen sich an Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses an und sind abschließend im Anhang 4 aufgeführt. ⁴ Weitere Möglichkeiten von Ausnahmen sind nicht zugelassen.	22.2.9 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z. B. D-Fluoretten, Vigantolekten) bei Säuglingen und Kleinkindern.
22.2.4	¹ Voraussetzung für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass die schwerwiegende Erkrankung und das dazu als Therapiestandard verordnete Arzneimittel im Anhang 4 aufgeführt sind. ² Falls die schwerwiegende Erkrankung nicht aus vorliegenden Liquidationen oder Unterlagen zu erkennen ist, ist von der oder dem Beihilfe-	22.2.10 ¹ Ausnahmsweise sind Aufwendungen für ärztlich verordnete enterale Ernährung (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung) bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der norma-

len Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. ²Solche Ausnahmefälle liegen insbesondere vor bei:

- Ahornsirupkrankheit,
- Colitis ulcerosa,
- Kurzdarmsyndrom,
- Morbus Crohn,
- Mukoviszidose,
- Phenylketonurie,
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom),
- Tumortherapien (auch nach der Behandlung),
- postoperativer Nachsorge,
- angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,
- angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
- AIDS-assoziierten Diarrhöen,
- Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
- Niereninsuffizienz,
- Multipler Nahrungsmittelallergie.

22.2.11 ¹Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr) mit Kuhmilchweißallergie beihilfefähig. ²Dies gilt ferner für einen Zeitraum von einem halben Jahr bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

22.2.12 Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption nach § 43 Abs. 3 sind nur bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres beihilfefähig, es sei denn, sie werden unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.

22.3 Zu Absatz 3

22.3.1 ¹Festbeträge für Arzneimittel nach § 35 Abs. 1 SGB V werden für Arzneimittelgruppen festgelegt, die denselben Wirkstoff, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen und therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen umfassen. ²Dabei sind die unterschiedlichen Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind. ³Weiterhin muss sichergestellt sein, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen.

22.3.2 Grundlage für die Ermittlung des beihilfefähigen Festbetrages bildet die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 35a Abs. 5 SGB V zu erstellende und bekannt zu gebende Übersicht über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel, die vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information abrufbar im Internet veröffentlicht wird (www.dimdi.de).

22.3.3 Nach § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V können die Spitzenverbände der Krankenkassen durch Beschluss Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens 30 Prozent niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind.

22.3.4 Grundlage für die Ermittlung der beihilfefähigen Arzneimittel, für die kein Eigenbehalt nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a zu berücksichtigen ist, sind die von den Spitzenorganisationen der Krankenkassen festgelegten zuzahlungsbefreiten Arzneimittel nach § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V mit Stand 15. Januar 2009.

22.4 Zu Absatz 4

22.4.1 Im Anhang 5 sind die beihilfefähigen Arzneimittel, Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen aufgeführt, die in Anlehnung an § 35b Abs. 2 SGB V eingeschränkt beihilfefähig sind.

22.5 Zu Absatz 5 (bleibt frei)

23 Zu § 23 Heilmittel

23.1 Zu Absatz 1

23.1.1 ¹Die in Anlage 3 zu § 23 Abs. 1 genannten Personen sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht. ²Bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich anerkannte Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Rd. Erlass vom 30. Juli 1979, Nds. MBl. S. 1499) als beihilfefähig anerkannt werden. ³Zu den im Absatz 1 genannten vergleichbar qualifizierten Personen gehören staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen und Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlafhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157) im Rahmen der Anlage 4 zu § 23 Abs. 1, Abschnitt VIII. (Logopädie). ⁴Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Personen in ihrem Beruf erbringen. ⁵Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeits-

therapeutinnen und Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagoginnen und Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrerinnen und Eurhythmielehrern, Eutoniepädagoginnen und -therapeutinnen und Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrerinnen und Gymnastiklehrern, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten, Maltherapeutinnen und Maltherapeuten, Montessoritherapeutinnen und Montessoritherapeuten, Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten, Sonderschullehrerinnen und Sonderschullehrern und Sportlehrerinnen und Sportlehrern erbracht werden.

23.1.2 ¹Beihilfefähig sind grundsätzlich nur Aufwendungen für die in Anlage 4 zu § 23 Abs. 1 genannten Heilmittel. ²Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilmittel, die weder in Anlage 4 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern.

23.1.3 Aufwendungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind, wie Tui-Na, Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu-Therapie, Akupressur u. Ä., gehören nicht zu den Heilmitteln der Anlage 4 zu § 23 Abs. 1.

23.1.4 ¹Bei den in Anlage 4 aufgeführten Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge. ²Aufwendungen darüber hinaus sind nicht beihilfefähig.

23.1.5 Im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder stationären Rehabilitationsmaßnahme sind die Aufwendungen nach Maßgabe der Anlagen 3 und 4 zu § 23 beihilfefähig.

23.1.6 ¹Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen (z. B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten und Einrichtungen nach Nr. 32.2.2 der Verwaltungsvorschrift), sind die Aufwendungen für Heilmittel nur beihilfefähig, sofern sie durch eine in Anlage 3 genannte Person durchgeführt werden und zu den in Anlage 4 genannten Höchstbeträgen. ²Art und Umfang der durchgeführten Heilmittel sind nachzuweisen. ³Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilmittel oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig. ⁴Wird an Stelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig. ⁵Platzfreihaltgebühren für teilstationäre Betreuung sind nicht beihilfefähig. ⁶Bei stationärer Betreuung gilt Nummer 32.2.3 der Verwaltungsvorschrift.

23.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

24 Zu § 24 Komplextherapien

24.1 Zu Absatz 1

24.1.1 ¹Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und gegebenenfalls nichtärztliches Personal durchgeführt werden. ²Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sichergestellt werden. ³Zu den Komplextherapien gehören u. a. Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitusstherapien (Pauschalabrechnung), ambulante Chemotherapie nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen, Adipositaschulungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 SGB IX.

24.1.2 Die angemessene Höhe entspricht der Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen zu tragen sind.

24.1.3 Komplextherapien umfassen keine Soziotherapien und die psychiatrische Krankenpflege sowie Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 1.

24.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

25 Zu § 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

25.1 Zu Absatz 1

25.1.1 ¹Die Beihilfefähigkeit eines Gegenstandes als Hilfsmittel, der Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle oder Körperersatzstücke richtet sich in erster Linie danach, ob der Gegenstand in Anlage 5 oder 6 aufgeführt ist. ²In Anlage 5 sind die beihilfefähigen und in Anlage 6 die nicht beihilfefähigen Gegenstände enthalten. ³Zu einzelnen Positionen vermerkte Maßgaben können die Beihilfefähigkeit auf bestimmte Indikationen oder Personengruppen beschränken.

25.1.2 ¹Die Anlagen enthalten Oberbegriffe, die mehrere Ausführungen erfassen können. ²Angesichts der Vielzahl der auf dem Markt der Medizintechnik angebotenen Produkte und schnellen Entwicklung neuer Modelle ist ein vollständiges Verzeichnis aller Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke oder sogar aller von den Herstellern auf den Markt gebrachten Modelle und Modellvarianten weder möglich noch zweckmäßig. ³Es muss daher in jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob ein Gegenstand unter einen der Oberbegriffe der Anlage 5 oder 6 fällt.

25.1.3 ¹Das vom Finanzministerium Rheinland-Pfalz als Datenbank geführte „Hilfsmittelverzeichnis“ (HMV) kann mit seinen Erläuterungen für die Praxis nützliche Erläuterungen zur Funktionsweise und einen Anhaltspunkt für die Subsumierung unter die Oberbegriffe der Anlagen 5 und 6 geben. ²Die Festsetzungsstellen sind an Eintragungen im HMV jedoch rechtlich nicht gebunden. ³Maßgebliche Rechtsquelle für die Beihilfefestsetzung ist nur die Bundesbeihilfeverordnung. ⁴Bei der Ausfüllung des verbleibenden Beurteilungsspielraums ist das HMV eine wertvolle Hilfe, kann aber nicht als Rechtsgrundlage für Entscheidungen dienen.

25.1.4 ¹Im Regelfall ergibt sich die Erforderlichkeit aus der ärztlichen Verordnung und bedarf daher keiner näheren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. ²Hat die Festsetzungsstelle jedoch Zweifel, ist sie nicht gehindert, zusätzliche Ermittlungen anzustellen z. B. nähere Begründung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt oder Einholung eines Gutachtens. ³Das gilt insbesondere dann, wenn sie Anhaltspunkte dafür hat, dass ein gleichwertiger Erfolg auch mit einem preisgünstigeren Hilfsmittel erreicht werden kann. ⁴Bestätigt sich das, sind die Mehrkosten für das aufwendigere Hilfsmittel nicht „erforderlich“ im Sinne von Abs. 1 Satz 1.

25.1.5 ¹Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände ein. ²Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie der Körperersatzstücke sind ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung beihilfefähig.

25.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

25.3 Zu Absatz 3

25.3.1 ¹Der Vergleich von Miete und Anschaffung sollte auf Grundlage des ärztlich verordneten zeitlichen Rahmens der Behandlung erfolgen. ²Versorgungspauschalen für gemietete Hilfsmittel sind grundsätzlich als Teil der Miete anzusehen. ³Soweit einzelne Positionen als nicht beihilfefähig erkennbar sind, sind diese in Abzug zu bringen.

25.4 Zu Absatz 4

25.4.1 Das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern gilt allgemein als erteilt, wenn die Aufwendungen nicht mehr als 600 Euro betragen.

25.5 Zu Absatz 5

25.5.1 ¹Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen sind für Erwachsene ab vollendetem 18. Lebensjahr nicht beihilfefähig. ²Alle übrigen Aufwendungen für Betrieb und Unterhalt von Hilfsmitteln und Geräten

zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie im Kalenderjahr 100 Euro übersteigen. ³Für entsprechende Kosten zu Körperersatzstücken ist diese Grenze nicht anzuwenden.

26 Zu § 26 Krankenhausleistungen

26.1 Zu Absatz 1

26.1.1 ¹Aufwendungen für den Investitionszuschlag nach § 14 Abs. 8 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV), den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes sowie jeden Belegungstag bei Fallpauschalen berechnen, sind beihilfefähig. ²Beihilfefähig sind auch die Zuschläge, die entsprechend dem Krankenhausfinanzierungsgesetz oder dem Krankenhausentgeltgesetz in Rechnung gestellt werden können, wie z. B. DRG-Systemzuschlag, Sicherstellungszuschlag, Qualitätssicherungszuschlag, Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen, Zuschlag für Arzt im Praktikum und berechenbare Zusatzentgelte.

26.1.2 ¹Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung noch nach den Vorgaben der BpflV ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der BpflV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. ²Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet, kann für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG)), auf der Basis des § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG ein Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen, der auf einer Vereinbarung zwischen dem AOK-Bundesverband, den Ersatzkassen sowie dem PKV-Verband einerseits sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft andererseits basiert, verrechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. ³Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts beihilfefähig. ⁴Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. ⁵Abweichend hiervon können Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 13,00 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung der Amts- oder Vertrauensärztin oder des Amts- oder Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

- 26.1.3 Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die aufgrund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.¹
- 26.1.4 Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber der Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers nicht beihilfefähig.
- 26.1.5 ¹Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen; dies gilt sinngemäß für Krankenhäuser, die die BPfIV oder das KHEntgG nicht anwenden. ²Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 Prozent dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.
- 26.1.6 Aufwendungen für in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungstag sind nicht berechnungsfähig und damit nicht beihilfefähig.
- 26.1.7 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 18 KHEntgG oder § 23 BPfIV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 17 KHEntgG oder § 22 BPfIV beihilfefähig.
- 26.2 Zu Absatz 2**
- 26.2.1 ¹Für die Vergleichsberechnung bei Behandlung in Krankenhäusern, die weder in den Geltungsbereich des KHEntgG noch in den der BPfIV fallen, sind zur Ermittlung der beihilfefähigen Aufwendungen den allgemeinen Krankenhausentgelten der Hauptabteilung des maßgebenden Krankenhauses der Maximalversorgung (§ 2 Abs. 2 KHEntgG, § 2 BPfIV) die von der Privatklinik in Rechnung gestellten allgemeinen Krankenhausleistungen (Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, therapeutische, pflegerische und ärztliche Leistungen) gegenüberzustellen, dabei ist immer auf den Behandlungsfall abzustellen. ²In den Kostenvergleich sind keine wahlärztlichen Leistungen einzubeziehen. ³Zuschläge für bessere Unterkunft können in die Vergleichsberechnung nur einbezogen werden, wenn die Privatklinik eine bessere Unterbringung anbietet und diese auch in Rechnung gestellt hat.
- 26.2.2 ¹Bei einer Behandlung in einer Privatklinik für psychische und psychosomatische Erkrankungen sind die Entgelte nach der BPfIV für einen Kostenvergleich maßgebend, dabei wird immer auf den Behandlungsfall abgestellt. ²Bei diesem Kostenver-
- gleich sind alle von der Privatklinik in Rechnung gestellten Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, therapeutische, pflegerische und ärztliche Leistungen den Kosten für Basis- und Abteilungspflegesatz des maßgebenden Krankenhauses der Maximalversorgung gegenüberzustellen. ³In den Kostenvergleich sind neben dem Basis- und Abteilungspflegesatz Zuschläge für bessere Unterkunft nur einzubeziehen, wenn die Privatklinik eine bessere Unterbringung anbietet und diese auch in Rechnung gestellt hat. ⁴Wahlärztliche Leistungen sind nicht in den Kostenvergleich einzubeziehen.
- 26.2.3 Bei Krankenhäusern der Maximalversorgung wird unterstellt, dass grundsätzlich für jedwede Erkrankung eine objektive Behandlungsmöglichkeit gegeben ist.
- 26.2.4 Sofern bekannt ist, dass Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige sich in Kliniken behandeln lassen, die weder das KHEntgG noch die BPfIV anwenden, erscheint es angezeigt, sie darüber zu informieren, dass möglicherweise hohe nicht gedeckte Kosten verbleiben.
- 26.3 Zu Absatz 3 (bleibt frei)**
- 27 Zu § 27 Häusliche Krankenpflege**
- 27.1 Zu Absatz 1**
- 27.1.1 Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie gegebenenfalls der Behandlungspflege bedürfen.
- 27.1.2 Die ärztliche Verordnung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.
- 27.1.3 ¹Bei einer häuslichen Krankenpflege sind die Aufwendungen angemessen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger. ²Dabei ist es ausreichend, wenn die Pflegedienstleister bestätigen, dass die abgerechneten Sätze ortsüblich sind und in dieser Höhe auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. ³Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine von der Ärztin oder dem Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.
- 27.1.4 ¹Andere geeignete Orte für eine häusliche Krankenpflege sind Orte, an denen sich die oder der zu Pflegenden regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. ²Solche Orte können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.
- 27.1.5 ¹Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dau-

¹ Auf Grund des § 62 des Landesbeamtengesetzes (bis 31. März 2009 § 45 Absatz 3 des Landesbeamtengesetzes) sind wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmer) von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

	<p>ender Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Sätze nach 27.1.3 beihilfefähig. ²Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.</p>	27.2.6	Für denselben Zeitraum ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen, es sei denn, die Maßnahmen ergänzen ihre jeweils spezifische Zielsetzung.
27.2	Zu Absatz 2	27.3	Zu Absatz 3 (bleibt frei)
27.2.1	¹ Behandlungspflege sind Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können. ² Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen, Beatmungspflege.	28	Zu § 28 Familien- und Haushaltshilfe
27.2.2	¹ Grundpflege umfasst die Grundverrichtungen des täglichen Lebens. ² Dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.	28.1	Zu Absatz 1
27.2.3	¹ Hauswirtschaftliche Versorgung sind Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind. ² Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.	28.1.1	¹ Als angemessen gelten die Sätze, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. ² Dabei ist es ausreichend, wenn die Familien- und Haushaltshilfe bestätigt, dass der in dieser Höhe abgerechnete Satz dem anerkannten Satz der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.
27.2.4	Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> - Einreiben mit Dermatika oder oro/tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens, - Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung, - Oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung, - Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens/Zu-Bett-Gehens, - Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens. 	28.1.2	Die Voraussetzungen sind auch dann insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt nach § 26 durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.
27.2.5	Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind: <ul style="list-style-type: none"> - Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau), - Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen, - Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen. 	28.2	Zu Absatz 2
		28.2.1	¹ Die Notwendigkeit für eine Familien- und Haushaltshilfe für die ersten 28 Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung liegt nur dann vor, wenn die oder der Erkrankte nach einer stationären oder ambulanten Operation die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht - auch nicht teilweise - wieder übernehmen kann. ² Entsprechendes gilt für allein stehende beihilfeberechtigte Personen.
		28.2.2	Der Verweis im Satz 3 auf Satz 1 bezieht sich auf die beihilfefähigen Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe und bestimmt dabei nicht den zeitlichen Rahmen.
		28.3	Zu Absatz 3 (bleibt frei)
		29	Zu § 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland
		29.1	Zu Absatz 1
		29.1.1	Die Bezeichnung Elternteil schließt sowohl die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten selbst als auch die berücksichtigungsfähige Angehörige oder den berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein.
		29.1.2	Für Beihilfeberechtigte nach § 3 bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Entgeltsätzen.
		29.2	Zu Absatz 2 (bleibt frei)

<p>29.3 Zu Absatz 3</p> <p>29.3.1 Der Bezug auf Absatz 2 Satz 1 bezieht sich auf die Nichtgewährleistung einer sachgemäßen ärztlichen Versorgung am Dienort und nicht auf den Fall des Absatzes 2 (Geburtsfall).</p> <p>30 Zu § 30 Soziotherapie</p> <p>30.0 Allgemeine Hinweise zur Zielrichtung und Ausgestaltung der Soziotherapie</p> <p>30.0.1 ¹Die Regelung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie orientiert sich an § 37a SGB V. ²Nach § 37a Abs. 2 SGB V bestimmen sich Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23. August 2001, BAnz. S. 23735 vom 21. November 2001, die am 1. Januar 2001 in Kraft getreten sind.</p> <p>³Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. ⁴Soziotherapie soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. ⁵Sie soll der Patientin oder dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; die Patientin oder der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. ⁶Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. ⁷Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.</p> <p>⁸Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten statt und umfasst die Koordination der im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen. ⁹Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der den Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang zu ihrer Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.</p> <p>30.1 Beihilfefähigkeit der Soziotherapie</p> <p>30.1.1 Soziotherapie ist grundsätzlich beihilfefähig, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.</p> <p>30.1.2 Die Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig bei Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung nach Nummer 30.2 mit Fähigkeitsstö-</p>	<p>rungen aus allen in Nummer 30.3 aufgeführten Bereichen (wobei innerhalb der einzelnen Bereiche jeweils eine Störung ausreicht) und einem Schweregrad, der den Wert 40 auf der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) nicht überschreitet.</p> <p>30.2 Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nrn.: F 20.0 - 20.6 (Schizophrenie), 21 (schizotype Störung), 22 (anhaltende wahnhaftige Störung), 24 (induzierte wahnhaftige Störung) und 25 (schizoaffektive Störung)) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nrn.: F 31.5 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung), 32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) und 33.3 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung)).</p> <p>30.3 Die Erkrankungen, die der Soziotherapie bedürfen, sind gekennzeichnet durch folgende Fähigkeitsstörungen:</p> <p>30.3.1 Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges.</p> <p>30.3.2 Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit.</p> <p>30.3.3 Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens.</p> <p>30.3.4 Mangelnde Compliance (Therapietreue) im Sinne eines krankheitsbedingt unzureichenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.</p> <p>30.4 ¹Die Beihilfefähigkeit der Soziotherapie setzt voraus, dass die Patientin oder der Patient die Therapieziele erreichen kann. ²Deshalb soll die Patientin oder der Patient über die hierzu notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten. ³Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn bei der Patientin oder dem Patienten keine langfristige Verminderung der in Nummer 30.3 genannten Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.</p> <p>30.5 ¹Wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung der Soziotherapie vorliegen, sind die im Folgenden aufgeführten Leistungen beihilfefähig, die die Patientin</p>
--	---

	oder den Patienten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen befähigen sollen:		
	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans, - Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen, - Arbeit im sozialen Umfeld, - Soziotherapeutische Dokumentation. 	30.6.6	¹ Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. ² Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. ³ Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.
	² Darüber hinaus können die Aufwendungen für folgende Maßnahmen als beihilfefähig anerkannt werden:	30.6.7	¹ Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. ² Soziotherapie kann in Absprache von Ärztin oder Arzt und Leistungserbringerin oder Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. ³ Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu zwölf Teilnehmerinnen oder Teilnehmer umfassen. ⁴ Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten. ⁵ Dadurch darf jedoch das maximale Gesamtkontingent für Soziotherapie von 120 Zeitstunden nicht überschritten werden.
	<ul style="list-style-type: none"> - Motivations- (antriebs-) relevantes Training, - Training zur handlungsrelevanten Willensbildung, - Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung, - Hilfe in Krisensituationen. 		
30.6	Anerkennung und Umfang der Beihilfefähigkeit		
30.6.1	Die Verordnung von Soziotherapie dürfen Ärztinnen und Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen.	30.6.8	¹ Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie erlischt, wenn sich im Laufe der Behandlung herausstellt, dass die Patientin oder der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann und die Behandlung aus diesem Grunde beendet wird. ² Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele.
30.6.2	¹ Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Soziotherapie ist die Motivierung der Patientin oder des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. ² Zur Erreichung dieses Zieles stehen den soziotherapeutischen Leistungserbringern maximal drei Therapieeinheiten zur Verfügung. ³ Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie kommt.	30.6.9	Wird während der Soziotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die die Weiterführung der Soziotherapie nach dem Behandlungsplan nicht möglich macht, umfasst die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie auch den Kontakt der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers der Soziotherapie mit der Patientin oder dem Patienten, um eine möglichst frühzeitige Entlassung zu erreichen und in Absprache mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt die Wiederaufnahme und Weiterführung der Soziotherapie sicherzustellen.
30.6.3	Lässt es sich nicht erreichen, dass die Patientin oder der Patient die Überweisung zu einer Ärztin oder einem Arzt wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie durch eine genannte Ärztin oder einen genannten Arzt, sind die maximal drei von einer soziotherapeutischen Leistungserbringerin oder einem soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch beihilfefähig.	30.6.10	¹ Die Leistungserbringung und die Höhe der Vergütung orientieren sich an den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). ² Als angemessen gelten die mit der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarten Sätze.
30.6.4	¹ Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. ² Es können insgesamt höchstens bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von höchstens drei Jahren als beihilfefähig anerkannt werden. ³ Unter einem Krankheitsfall ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in den Nummern 30.1.2 bis 30.4 aufgeführten Indikationen von bis zu drei Jahren zu verstehen.	31	Zu § 31 Fahrtkosten
		31.1	Zu Absatz 1
30.6.5	Als beihilfefähig anerkannt werden können je Verordnung bis maximal 30 Therapieeinheiten, höch-	31.1.1	¹ Rettungsfahrten umfassen Aufwendungen für Rettungswagen, Notarztwagen und Rettungshubschrauber. ² Da in der Regel vor der Beauftragung einer Rettungsfahrt keine ärztliche Entscheidung herbeigeführt werden kann, ist die Beihilfefähigkeit

von Rettungsfahrten immer gegeben. ³Auf den Umfang der im Krankenhaus eingeleiteten Maßnahmen kommt es dabei nicht an.

31.2 Zu Absatz 2

31.2.1 ¹Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt mit der Verordnung der Beförderung. ²Aufwendungen sind für die Hin- und Rückfahrt gesondert zu prüfen, insbesondere ist dabei der aktuelle Gesundheitszustand der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen und ihre oder seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

31.2.2 Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der nächst gelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.

31.2.3 ¹Fahrtkosten zu einer ambulanten Krankenbehandlung nach Nummer 3 können in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig sein. ²Diese Fahrten bedürfen dem Grunde nach der vorherigen Zustimmung der Festsetzungsstelle. ³Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen sind beihilfefähig, wenn

- a) Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gebehinderung); „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegt oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweisen,
- b) vorübergehend vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach den Kriterien von Buchstabe a vorliegen oder
- c) Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.

31.2.4 ¹Die Voraussetzungen der Nummer 6 sind erfüllt, wenn aus der Sicht der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens im Zeitpunkt der Verordnung erforderlich war. ²Auf die tatsächliche Betreuung oder Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens kommt es nicht an.

31.2.5 ¹Aufwendungen für Besuchsfahrten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. ²Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines ins Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen notwendig ist. ³Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend.

31.3 Zu Absatz 3

31.3.1 ¹Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen ist grundsätzlich auf notwendige Aufwendungen in angemessenem Umfang begrenzt. ²Das bedeutet, dass Aufwendungen, die durch einen krankheitsbedingt erforderlichen Rücktransport anlässlich einer privaten Reise veranlasst werden, nicht beihilfefähig sind. ³Grundsätzlich sind Reisekosten anlässlich Behandlungen außerhalb der Europäischen Union und Rückbeförderungen wegen Erkrankung während der Urlaubsreise auch von Urlaubsorten innerhalb der Europäischen Union nicht beihilfefähig. ⁴Da die Wahl von Behandlungsorten außerhalb der Europäischen Union und von Urlaubsorten in der Einflussosphäre der oder des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen liegt, ist eine Fürsorgeleistung des Dienstherrn grundsätzlich nicht geboten. ⁵Die Ausnahmeregelung nach Nummer 2 Satz 2 soll in den seltenen Fällen, in denen eine medizinische Behandlung in Staaten der Europäischen Union nicht erfolgen kann, die Möglichkeit eröffnen, Fahrtkosten zu erstatten. ⁶Bei der Entscheidung ist ein strenger Maßstab anzulegen.

31.4 Zu Absatz 4

31.4.1 Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann als beihilfefähig zu berücksichtigen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können.

31.5 Zu Absatz 5

31.5.1 ¹Die Beihilfeberechtigten sollen, sofern keine sofortige Ausreise geboten ist, grundsätzlich vor Antritt der Reise die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Beförderungskosten bei der Festsetzungsstelle beantragen. ²Ist die vorherige Anerkennung unterblieben, entscheidet die Festsetzungsstelle, ob ein begründeter Einzelfall im Sinne von Absatz 5 Satz 2 der Verordnung vorliegt, der die nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Beförderungskosten rechtfertigt.

32 Zu § 32 Unterkunftskosten

32.1 Zu Absatz 1

32.1.1 ¹Die Aufwendungen sind nur bei notwendiger auswärtiger Behandlung beihilfefähig. ²Diese Voraussetzung ist grundsätzlich nur dann gegeben, wenn die Behandlung nicht am Wohnort erfolgen kann.

32.2 Zu Absatz 2

32.2.1 ¹Absatz 2 setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung (stationäre Unterbringung) voraus. ²Eine Unterbringung nur tagsüber (teilstationäre Unterbringung) reicht nicht aus. ³Bei teilstationärer Unterbringung ist diese Regelung nicht anzuwenden.

32.2.2 ¹Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken und Behinderten dienen, können insbesondere Heimsonderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangsheime für Suchtkranke sein. ²Voraussetzung ist, dass die Unterbringung anlässlich der Anwendung von Heilmitteln nach § 23 erforderlich ist.

32.2.3 ¹Betten- und Platzfreihaltegebühren, die für die Unterbrechungen durch Krankheit der oder des Behandelten erhoben werden, sind bis zu insgesamt 5,50 Euro täglich beihilfefähig. ²Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person der behandelten Person liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen je Abwesenheit.

32.3 **Zu Absatz 3**

32.3.1 ¹Die Hinweise zu den Absätzen 1 und 2 gelten für Beihilfeberechtigte mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen entsprechend. ²Die Behandlung außerhalb des Gastlandes ist als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Behandlung im Gastland nicht oder nicht mit gleicher Erfolgsaussicht erfolgen kann.

32.3.2 Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit der Unterkunftskosten gilt auch für eine gegebenenfalls erforderliche Begleitperson.

33 **Zu § 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten**

33.1 ¹Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn kann es in besonderen Einzelfällen erfordern, eine Beihilfe zu den Kosten einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode nach den jeweiligen Bemessungssätzen zu erstatten (BVerfG, Urteil vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98). ²Diese Verpflichtung besteht konkret dann, wenn

1. sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer bestimmten Krankheit noch nicht herausgebildet hat oder
2. das anerkannte Heilverfahren nicht angewendet werden darf oder
3. ein solches bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist.

³Darüber hinaus muss in diesen Fällen die nicht ganz entfernt liegende Möglichkeit bestehen, dass die nicht wissenschaftlich anerkannte Methode zu einer erkennbaren Linderung der Krankheitsfolgen führt. ⁴Es ist somit nicht erforderlich, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit der Heilung, der Verlängerung der Lebensdauer oder der Verbesserung der Lebensqualität besteht. ⁵Eine reale Chance reicht aus. ⁶Die Festsetzungsstelle entscheidet über das Vorliegen der

Voraussetzungen. ⁷Sie kann dazu auf ihre Kosten eine ärztliche Stellungnahme einholen.

34 **Zu § 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlung**

34.1 **Zu Absatz 1**

34.1.1 ¹Der Begriff der Anschlussheilbehandlung ist identisch mit dem der Anschlussrehabilitation. ²Im Rahmen der medizinischen Rehabilitationsleistungen kommen Behandlungen in direktem Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt oder an damit in Zusammenhang stehende ambulante ärztliche Leistungen in Betracht, wenn diese medizinisch erforderlich sind, um die Ziele der Rehabilitation zu erreichen - zum Beispiel nach einem Unfall oder Schlaganfall.

34.1.2 ¹Eine Anschlussheilbehandlung soll sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung oder an die im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung stehende ambulante ärztliche Behandlung anschließen. ²Als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

34.2 **Zu Absatz 2**

34.2.1 ¹Über die Beihilfefähigkeit entscheidet die Festsetzungsstelle im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens (s. Absatz 3 Satz 3). ²Die Suchtbehandlung kann entweder als medizinische Rehabilitation oder als Entwöhnung durchgeführt werden. ³Die Vorschrift sieht die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen sowohl für stationäre als auch für ambulante Maßnahmen vor.

34.2.2 ¹Aufwendungen für die ambulante Nachsorge sind grundsätzlich angemessen, wenn sie nach einer Bestätigung der Einrichtung in gleicher Höhe auch von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen werden. ²Absatz 2 lässt jedoch Raum für besonders begründete Einzelfallentscheidungen der Festsetzungsstelle.

34.3 **Zu Absatz 3**

34.3.1 ¹Aufwendungen für Anschlussheil- und Suchtbehandlungen sind beihilfefähig, wenn sie ärztlich verordnet sind. ²Die ärztliche Verordnung muss Angaben zu Art, Dauer und Inhalt der beabsichtigten Maßnahme enthalten. ³Um eine unvoreingenommene Beurteilung der Notwendigkeit der Maßnahme sicherzustellen, darf die Verordnung nicht von der die Maßnahme durchführenden Einrichtung stammen. ⁴Die Notwendigkeit einer Verlängerung der Maßnahme ist von der durchführenden Einrichtung festzustellen.

- 34.3.2 ¹Die vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle bei Suchtbehandlungen dient dem Schutz der Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähiger Angehöriger und der Rechtssicherheit, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, vor Entstehung der regelmäßig hohen Aufwendungen auf etwaige Bedenken gegen deren Notwendigkeit und Angemessenheit (§ 6) hinzuweisen. ²Sofern in begründeten Ausnahmefällen, z. B. wegen Eilbedürftigkeit einer Maßnahme, eine vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle nicht eingeholt werden kann, kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.
- 34.3.3 ¹Die Einrichtungen, in denen die entsprechenden Maßnahmen durchgeführt werden, müssen für die Durchführung der Maßnahme geeignet sein. ²Einrichtungen können ohne weitere Prüfung als geeignet angesehen werden, wenn sie die Voraussetzungen für die Anerkennung der Maßnahme durch Träger der Sozialversicherung (z. B. Träger der Kranken-, der Renten- oder gegebenenfalls auch der Unfallversicherung) bieten.
- 34.4 Zu Absatz 4**
- 34.4.1 ¹Durch diese Norm wird festgelegt, dass für Anschlussheil- und Suchtbehandlungen die §§ 26 (Krankenhausleistungen) und 31 (Fahrkosten) entsprechend gelten. ²Damit wird z. B. klargestellt, dass für stationäre Anschlussheil- und Suchtbehandlungen sowohl Wahlleistungen nach § 26 Abs. 1 Nr. 3 als auch die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson (§ 26 Abs. 1 Nr. 4) beihilfefähig sind. ³Vergleichsberechnungen sind nicht erforderlich.
- 35 Zu § 35 Rehabilitationsmaßnahmen**
- 35.1.1 Zu Absatz 1 Nr. 1**
- 35.1.1.1 ¹Eine Einrichtung ist grundsätzlich als geeignet zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen anzusehen, wenn sie zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen für Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung zugelassen ist, sowie vergleichbare Privatkliniken. ²Ein Kostenvergleich ist nicht erforderlich.
- 35.1.1.2 ¹Bei der Durchführung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen. ²Von diesem Grundsatz kann abgewichen werden, wenn im Einzelfall aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend erforderlich ist. ³Dies kann notwendig sein, wenn
- wegen schwerwiegenden psychologischen Gründen eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der stationären Maßnahme gefährden würde, oder
 - Betroffene wegen einer schweren Behinderung, z. B. Blindheit, einer ständigen Hilfe bedürfen, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, oder
 - während der stationären Maßnahme eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.
- ⁴Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss vor der beihilferechtlichen Anerkennung der stationären Rehabilitationsmaßnahme bestätigen, dass die Anwesenheit einer Begleitperson für den Erfolg der Behandlung dringend geboten ist.
- 35.1.2 Zu Absatz 1 Nr. 2**
- 35.1.2.1 ¹Aufwendungen für Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen werden nur als beihilfefähig anerkannt, wenn sie in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder einer anderen nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannten Einrichtung durchgeführt werden. ²Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht. ³Sofern die Aufwendungen in pauschalen Tagessätzen abgerechnet werden, sind auch die Aufwendungen des nicht behandlungsbedürftigen Kindes in voller Höhe beihilfefähig.
- 35.1.2.2 ¹Für Kinder, die bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in die Einrichtung mit aufgenommen werden, gleichwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (z. B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter oder Vater und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder des Alters des Kindes, weil das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). ²Aufwendungen für das Kind sind der Mutter oder dem Vater zuzurechnen.
- 35.1.2.3 ¹Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, so handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme. ²In diesem Falle kann eine stationäre Rehabilitation für das Kind beihilfefähig sein.
- 35.1.3 Zu Absatz 1 Nr. 3**
- 35.1.3.1 ¹Ziel der familienorientierten Rehabilitation nach Absatz 1 Nr. 3 ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. ²Deshalb ist bei ärztlich verordneter familienorientierter Re-

habilitation nach Nummer 3 kein gutachterliches Voranerkennungsverfahren erforderlich.

35.1.4 Zu Absatz 1 Nr. 4

35.1.4.1 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der Nummer 4 sind nur bei aktiven Beamtinnen und Beamten beihilfefähig.

35.1.4.2 ¹Die Verzeichnisse der anerkannten Kurorte sind als Anhang 6 und Anhang 7 beigefügt. ²Soweit Beihilfeberechtigte die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem nicht-deutschen Kurort innerhalb der Europäischen Union beantragen, der im Verzeichnis der anerkannten Kurorte nicht enthalten ist, trifft die oberste Dienstbehörde die Entscheidung über die Anerkennung des Ortes als Kurort. ³Die oder der Beihilfeberechtigte hat Unterlagen, die zur Entscheidung erheblich sind, vorzulegen. ⁴Die Anerkennung des Ortes als Kurort ist dem Bundesministerium des Innern über die oberste Dienstbehörde mitzuteilen.

35.1.5 Zu Absatz 1 Nr. 5

35.1.5.1 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind auch beihilfefähig, wenn sie von Einrichtungen durchgeführt werden, die der stationären Rehabilitation dienen.

35.1.6 Zu Absatz 1 Nr. 6

35.1.6.1 Beihilfefähig im Sinne dieser Vorschrift ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining entsprechend der in Anhang 9 enthaltenen Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 in der Fassung vom 1. Januar 2007.

35.1.6.2 Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios oder allgemeine Fitness-Übungen.

35.2 Zu Absatz 2

35.2.1 Die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 steht der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen nach den §§ 14 bis 21 nicht entgegen, unabhängig davon, ob sie in Zusammenhang mit oder unabhängig von der Rehabilitationsmaßnahme erforderlich sind.

35.2.2 ¹Aus den Vorschriften über die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten ergibt sich, dass es den Beihilfeberechtigten oder ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen überlassen bleibt, welche Beförderungsmittel sie nutzen. ²Der Höchstbetrag von 200 Euro gilt für die gesamten Fahrtkosten (An- und Abreise) und unabhängig vom benutzten Verkehrsmittel. ³Das bedeutet, dass die Bezugnahme auf das Bundesreisekostengesetz (BRKG) bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs lediglich die Höhe des beihilfefähigen

Betrags je gefahrenen Kilometers entsprechend § 5 Abs. 1 BRKG (zz. 20 Cent je km) regelt. ⁴Die darüber hinaus in § 5 Abs. 1 BRKG genannten Höchstbeträge von 130 Euro oder 150 Euro finden jedoch keine Anwendung.

⁵Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Begleitpersonen ist unerheblich, in welchem Verhältnis sie zu der oder dem Beihilfeberechtigten oder der oder dem berücksichtigungsfähigen Angehörigen stehen, die oder der rehabilitiert wird.

35.2.3 ¹Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine stationäre Rehabilitation bis zu 21 Tagen beihilfefähig. ²Ergibt sich im Verlauf der stationären Rehabilitation, dass über den von der Festsetzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der stationären Rehabilitation durch die Festsetzungsstelle auch aufgrund eines fachärztlichen Gutachtens der in der Einrichtung behandelnden Ärztin oder des in der Einrichtung behandelnden Arztes erfolgen. ³Satz 1 gilt nicht für die stationäre Rehabilitation bei Kindern.

35.2.4 Führen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur gleichen Zeit und in der gleichen Einrichtung eine stationäre Rehabilitation durch, zählt dies bei Benutzung privater Personenkraftwagen als eine Fahrt.

35.2.5 Bei der Mutter/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme handelt es sich um „eine“ Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrtkosten (für die Hauptperson - Mutter oder Vater) als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, wenn für das Kind gesonderte Fahrtkosten entstehen.

35.2.6 ¹Nach Nummer 4 sind die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts beihilfefähig. ²Der Schlussbericht soll bestätigen, dass die Rehabilitationsmaßnahme ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. ³Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

35.2.7 ¹Nummer 5 Buchstabe a dient der Klarstellung, dass lediglich die für Behandlung erforderliche Unterbringung und Verpflegung beihilfefähig sind. ²Beinhaltet der Tagessatz darüber hinaus Mehrkosten, die auf Wunsch der behandelten Person erbracht werden, sind diese nicht beihilfefähig.

36 Zu § 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

36.1 Zu Absatz 1

36.1.1 ¹Die Beihilfefähigkeit einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort oder

- einer stationären Rehabilitation in den genannten Fällen ist grundsätzlich vor Antritt anzuerkennen.²Die Festsetzungsstelle entscheidet, ob ein begründeter Einzelfall im Sinne von Absatz 1 Satz 4 vorliegt, der die nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Maßnahme rechtfertigt.
- 36.1.2 Die Aufwendungen des für das Anerkennungsverfahren einzuholenden Gutachtens sind durch die Festsetzungsstelle zu tragen.
- 36.1.3 Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 1, 2 und 4 nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach den Abschnitten 1 und 2 unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.
- 36.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)**
- 36.3 Zu Absatz 3**
- 36.3.1 ¹Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Beihilfeberechtigte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind und deren stationäre Rehabilitation nicht in der Europäischen Union durchgeführt werden kann, sind auch in einer Einrichtung außerhalb der Europäischen Union beihilfefähig.²Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Einrichtung nach der Erklärung einer von der Festsetzungsstelle beauftragten Ärztin oder eines von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme geeignet ist.³Die Entscheidung über die Eignung trifft die Festsetzungsstelle.⁴Das gilt auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen der Beihilfeberechtigten nach Satz 1.
- 36.3.2 ¹Nummer 36.1.1 gilt auch für Rehabilitationsmaßnahmen der Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind, und deren berücksichtigungsfähige Angehörige.²Das Erfordernis, dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen, ermöglicht oder erleichtert die Beurteilung der Eignung der Einrichtung zur Erreichung des Rehabilitationsziels.³Werden die Unterlagen - gegebenenfalls auf Nachfrage - nicht vorgelegt, ermittelt die Festsetzungsstelle.⁴Nachteile, die sich aus der mangelnden Mitwirkung ergeben (z. B. durch die zeitliche Verzögerung des Anerkennungsverfahrens), gehen zu Lasten der oder des Beihilfeberechtigten.
- 36.3.3 ¹Aufwendungen für Reisekosten vom ausländischen Dienstort zum Ort der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in der Europäischen Union und zurück sind nur dann beihilfefähig, wenn die Reise zur Rehabilitationsmaßnahme und zurück nicht mit einer amtlich bezahlten Reise verbunden werden konnte.²Amtlich bezahlte Reisen in diesem Zusammenhang sind z. B. Reisen anlässlich eines Heimaturlaubs oder Dienstreisen.³Die Regelung konkretisiert für diese Fallgestaltung den Grundsatz aus § 6 Abs. 1 Satz 1, dass nur notwendige Aufwendungen beihilfefähig sind.⁴Wird die Rehabilitationsmaßnahme in der Europäischen Union im Rahmen einer amtlich bezahlten Reise ins Inland durchgeführt, sind die beihilfefähigen Reisekosten zwischen dem Aufenthaltsort während des Heimaturlaubs oder der Dienstreise und dem Ort der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Abs. 2 auf 200 Euro begrenzt.
- 36.3.4 ¹Die Begrenzung der beihilfefähigen Reisekosten nach § 35 Abs. 2 auf 200 Euro ist nicht anzuwenden bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen.²Für diesen Personenkreis ist der besondere Bemessungssatz nach § 47 Abs. 5 zu beachten (Erhöhung des Bemessungssatzes auf 100 Prozent der 200 Euro übersteigenden Aufwendungen für Fahrtkosten zu Rehabilitationsmaßnahmen).
- 37 Zu § 37 Grundsatz (bleibt frei)**
- 38 Zu § 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege (bleibt frei)**
- 39 Zu § 39 Vollstationäre Pflege (bleibt frei)**
- 40 Zu § 40 Palliativversorgung**
- 40.1 Zu Absatz 1**
- 40.1.1 ¹Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.²Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.
- 40.1.2 ¹Die Aufwendungen der ambulanten Palliativversorgung sind bis zur Höhe entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V beihilfefähig.²Dabei ist es ausreichend, wenn der Leistungserbringer dies bestätigt.³Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren.
- 40.1.3 Auf Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in stationären Pflegeeinrichtungen ist Nummer 40.1.1 entsprechend anzuwenden.
- 40.2 Zu Absatz 2**
- 40.2.1 ¹Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medi-

zinisch, d. h. leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. ²Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben.

40.2.2 ¹In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn aufgrund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist. ²In diesem Fall bestimmt sich die beihilfefähige „angemessene Vergütung“ an dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung ihrem Zuschuss zugrunde gelegt hat. ³Zur Ermittlung dieses Betrages reicht die Bestätigung der Einrichtung über die Höhe der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Vergütung.

41 Zu § 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

41.1 Zu Absatz 1

41.1.1 ¹Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
2. bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr die Aufwendungen für eine Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
3. bei Frauen ab dem Alter von 20 Jahren jährlich die Aufwendungen der Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, zusätzlich ab dem Alter von 30 Jahren jährlich der Brust, zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren zeitlich eingeschränkt des Rektums und des Dickdarms sowie zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres alle zwei Jahre Mammographie-Screening und bei Männern ab dem Alter von 45 Jahren jährlich die Aufwendungen der Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata, des äußeren Genitales sowie zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren zeitlich eingeschränkt des Rektums und des übrigen Dickdarms sowie für Frauen und Män-

ner ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre eine Untersuchung der Haut auf Hautkrebs,

4. bei Frauen und Männern vom 35. Lebensjahr an die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus,

5. Schutzimpfungen.

²Die genauen zeitlichen Untersuchungsabstände sowie der Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die in Satz 1 genannten Untersuchungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge richten sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (BAnz. Nr. 214 vom 11. November 1976, Beilage Nr. 28), zuletzt geändert am 19. Juni 2008, BAnz. S. 3484, in Kraft getreten am 1. Januar 2009

2. zur Jugendgesundheitsuntersuchung vom 26. Juni 1998 (BAnz. Nr. 159 vom 27. August 1998), in Kraft getreten am 28. August 1998, zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz. S. 3236), in Kraft getreten am 4. September 2008

3. über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 19. Juni 2008, BAnz. S. 3236, in Kraft getreten am 4. September 2008

4. über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“) in der Fassung vom 24. August 1989 (veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29. September 1989), zuletzt geändert am 19. Juni 2008, BAnz. S. 3236, in Kraft getreten am 4. September 2008

5. über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SiR) in der Fassung vom 21. Juni 2007/18. Oktober 2007, BAnz. S. 8154, zuletzt geändert am 13. März 2008, BAnz. S. 2073, in Kraft getreten am 1. Juli 2008.

41.1.2 ¹Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und von Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden und über den Leistungsumfang der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hinausgehen, können nicht als Vorsorgemaßnahmen anerkannt werden. ²Es bleibt zu prüfen, ob es sich um eine Diagnose oder eine medizinisch notwendige Behandlung handelt.

- 41.2 Zu Absatz 2**
- 41.2.1 ¹Der Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über
1. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) in der Fassung vom 4. Juni 2003, BAnz. S. 24966 vom 3. Dezember 2003, in Kraft getreten am 1. Januar 2004
 2. die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung nach § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V) in der Fassung vom 4. Juni 2003, BAnz. 2003 S. 24966, zuletzt geändert am 8. Dezember 2004, BAnz. 2005 S. 4094, in Kraft getreten am 1. Januar 2005.
- 41.2.2 ¹Beihilfefähig sind zahnärztliche Früherkennungsmaßnahmen zwischen dem dritten und dem sechsten Lebensjahr insgesamt drei Zahnuntersuchungen in einem Abstand von mindestens zwölf Monaten. ²Bei Kindern und Jugendlichen ab sechs Jahren sind bis zum 18. Geburtstag einmal in jedem Kalenderhalbjahr zur Verhütung von Zahn- und Parodontalerkrankungen Kontrolluntersuchungen beihilfefähig. ³Der zeitliche Abstand der Kontrolluntersuchungen beträgt mindestens vier Monate.
- 41.2.3 ¹Beihilfefähig sind im Rahmen der individualprophylaktischen Maßnahmen die Aufwendungen für die Untersuchung auf Zahn- und Kiefererkrankungen, die Erhebung des Mundhygienestatus, des Zustandes des Zahnfleisches, für Hinweise auf eine zahngesunde Ernährung oder die Behandlung mit lokaler Fluoridierung. ²Besteht nach einer Bescheinigung der Zahnärztin oder des Zahnarztes ein hohes Kariesrisiko, dann sind die Aufwendungen für die Behandlung mit lokaler Fluoridierung bis zum 18. Geburtstag zweimal je Kalenderhalbjahr beihilfefähig.
- 41.2.4 Nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind die Aufwendungen für die jährliche Untersuchung auf Zahn- und Kiefererkrankungen, die Erhebung des Mundhygienestatus, des Zustandes des Zahnfleisches und für Hinweise auf eine zahngesunde Ernährung beihilfefähig.
- 41.3 Zu Absatz 3**
- 41.3.1 Vom BMI ausnahmsweise zugelassene Maßnahmen sind im Anhang 8 aufgeführt.
- 41.4 Zu Absatz 4**
- 41.4.1 ¹Von dieser Vorschrift sind ausschließlich pauschale Beteiligungen der Beihilfe an Früherkennungs- und Vorsorgeprogrammen betroffen. ²Individuelle Ansprüche von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen ergeben sich nicht aus dieser Vorschrift.
- 41.5 Zu Absatz 5**
- 41.5.1 Für Beihilfeberechtigte mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen fallen Eigenbehalte auch für die erforderlichen Fahrtkosten zu Vorsorgemaßnahmen nicht an.
- 42 Zu § 42 Schwangerschaft und Geburt**
- 42.0 Allgemein**
- 42.0.1 § 42 ist auch anzuwenden auf die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Niederkunft einer berücksichtigungsfähigen Tochter der oder des Beihilfeberechtigten.
- 42.1.1 Zu Absatz 1 Nr. 1**
- 42.1.1.1 ¹Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz. Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 13. März 2008, BAnz. S. 2261, in Kraft getreten am 28. Juni 2008, zugrunde gelegt.
- 42.1.1.2 ¹Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. ²Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. ³In diesem Zusammenhang sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
- 42.1.2 Zu Absatz 1 Nr. 2**
- 42.1.2.1 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung.
- 42.1.2.2 ¹Leistungsabrechnungen von Hebammen oder Entbindungspflegern richten sich nach den jeweiligen Verordnungen der Bundesländer über die Gebühren für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. ²Anzuwenden ist jeweils die Verordnung des Bundeslandes, in dem die Leistung erbracht wird.

42.1.3 Zu Absatz 1 Nr. 3

42.1.3.1 Nach dieser Vorschrift sind die Aufwendungen für von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen dann beihilfefähig, wenn die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Berufsverbänden der Hebammen und Entbindungspflegern und den Verbänden der von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen einen bindenden Versorgungsvertrag geschlossen haben.

42.1.4 Zu Absatz 1 Nr. 4

42.1.4.1 Wird die Haus- und Wochenpflege durch den Ehegatten, die Eltern oder die Kinder der Wöchnerin durchgeführt, sind nur beihilfefähig die Fahrtkosten und das nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkommen der die Haus- und Wochenpflege durchführenden Person.

42.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

43 Zu § 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

43.1 Zu Absatz 1

43.1.1 ¹Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch wird in Anlehnung an die nach § 27a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V bestimmten medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzung, Art und Umfang der ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der Richtlinie für künstliche Befruchtung (über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung - „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ - in der Fassung vom 14. August 1990, veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1990, Nr. 12, zuletzt geändert am 15. November 2007, BAnz. 2008, S. 375, in Kraft getreten am 6. Februar 2008) geregelt.

43.1.2 Durch Nr. 43.1.1 Satz 1 wird insbesondere festgelegt:

43.1.2.1 ¹Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 Prozent der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie im homologen System (d. h. bei Ehepaaren) durchgeführt werden und hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.

²Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Kostenerstattung.

43.1.2.2 ¹Anspruch auf Leistungen der künstlichen Befruchtung besteht nur dann,

- wenn andere Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind,
- wenn beide Eheleute HIV-negativ sind und bei der Ehefrau ein ausreichender Schutz gegen Röteln besteht und
- nur für weibliche Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. ²Für männliche Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige besteht ein diesbezüglicher Anspruch von der Vollendung des 25. bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. ³Die maßgebliche Altersgrenze für beide Partner muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus oder des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. ⁴Liegt nur bei einer Person die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.

43.1.2.3 ¹Nach Geburt eines Kindes besteht erneut ein Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung, sofern alle weiteren Voraussetzungen gegeben sind. ²Dies gilt auch, wenn eine sogenannte „klinische Schwangerschaft“ (z. B. Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.

43.1.2.4 ¹Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. ²Außerdem sind Aufwendungen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, wie Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig. ³In medizinisch begründeten Ausnahmefällen können mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem BMI Aufwendungen der Kryokonservierung von Samenzellen als beihilfefähig anerkannt werden. ⁴Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind ebenfalls nicht beihilfefähig.

43.1.2.5 Behandlungsmethoden, Begrenzung der Versuchszahlen und Indikationen:

- a) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls

nach Ovulationstimung ohne Polyvulation (drei oder mehr Follikel);
max. acht Versuche;
Indikationen: somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastnose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

b) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel);
max. drei Versuche;
Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

c) In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer);
max. drei Versuche; (der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat);
Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern - einschließlich einer psychologischen Exploration - alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,

d) Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT);
max. zwei Versuche;
Indikationen: anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern - einschließlich einer psychologischen Exploration - alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,

e) Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI);
max. drei Versuche; (der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat);
Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermio-

gramme im Abstand von mindestens zwölf Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas die Grenzwerte gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses - nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) - unterschreiten.

43.1.2.5.1 ¹Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation als auch zum intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, dürfen die Maßnahmen nur alternativ durchgeführt werden. ²In-vitro-Fertilisation und Intracytoplasmatische Spermieninjektion dürfen aufgrund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ angewandt werden. ³Einzige Ausnahme ist die Fallkonstellation eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer In-vitro-Fertilisation. ⁴In diesem Fall kann in maximal zwei darauffolgenden Zyklen die intracytoplasmatische Spermieninjektion zur Anwendung kommen, auch wenn die Voraussetzungen nach 43.1.2.5 e nicht vorliegen. ⁵Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sog. Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen.

43.1.2.5.2 ¹Bei der In-vitro-Fertilisation gelten die Maßnahmen als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. ²Bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion gilt die Maßnahme dann als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle(n) erfolgt ist.

43.1.3 ¹Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Ehepartnern erfolgt in enger Anlehnung an Nummer 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung. ²Das bedeutet, Aufwendungen für Leistungen sind der Person zuzurechnen, bei der die Leistung durchgeführt wird. ³Hierzu gehören im Rahmen der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegebenenfalls nicht die erforderlichen Leistungen bei der Ehegattin oder dem Ehegatten. ⁴Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens (das bedeutet Reifung der Samenzellen, ohne die eine Befruchtung der Eizelle nicht möglich ist) sowie für den HIV-Test beim Ehemann entfallen auf den Ehemann. ⁵Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung, nicht nur im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren, sondern auch auf die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau) sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen entfallen auf die Ehefrau. ⁶Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die speziellen Risiken) und die gegebenenfalls in

	diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung entfallen auf den Ehemann.	46	Zu § 46 Bemessung der Beihilfe
43.2	Zu Absatz 2	46.1	Zu Absatz 1
43.2.1	¹ Die Vorschrift konkretisiert die Voraussetzung des § 6 Abs. 1 Satz 1 BBhV, dass grundsätzlich nur Aufwendungen für notwendige Maßnahmen beihilfefähig sind. ² Nicht beihilfefähig sind danach Sterilisationen, die ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation nur dem Zweck dienen, zukünftige Schwangerschaften zu vermeiden.	46.1.1	Ändern sich die für den Bemessungssatz maßgeblichen Verhältnisse während einer laufenden Behandlung, so sind die Aufwendungen aufzuteilen.
43.2.2	Die Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisierung, die nicht medizinisch notwendig war, kann nicht als Krankheit anerkannt werden und die entsprechenden Aufwendungen sind damit nicht beihilfefähig.	46.2	Zu Absatz 2
43.3	Zu Absatz 3 (bleibt frei)	46.2.1	Zu den Waisen im Sinne der Nummer 4 gehören auch Halbweisen, soweit sie Halbweisengeld beziehen.
43.4	Zu Absatz 4	46.3	Zu Absatz 3
43.4.1	Ist ein Schwangerschaftsabbruch nach ärztlicher Bescheinigung rechtmäßig, dann bedarf es grundsätzlich keiner weitergehenden Prüfung der Rechtmäßigkeit durch die Feststellungsstelle.	46.3.1	¹ Bei mehreren Beihilfeberechtigten wird der Bemessungssatz bei der oder dem Beihilfeberechtigten erhöht, die oder der die familienbezogenen Besoldungsbestandteile für mehr als ein berücksichtigungsfähiges Kind tatsächlich erhält. ² Die Beihilfeberechtigten bestimmen bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. ³ Eine gesonderte Erklärung der Beihilfeberechtigten ist nicht erforderlich.
44	Zu § 44 Tod der oder des Beihilfeberechtigten (bleibt frei)	46.3.2	Diese Vorschrift ist nach § 58 Abs. 5 erstmals sechs Monate nach dem Inkrafttreten anzuwenden.
45	Zu § 45 Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende	46.4	Zu Absatz 4
45.1	Zu Nummer 1	46.4.1	¹ Nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe haben, die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zustehenden Leistungen zur Hälfte. ² Aus diesem Grund wird auch der Bemessungssatz für Pflegeaufwendungen auf 50 Prozent festgelegt. ³ Dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.
45.1.1	Die beihilfefähigen Aufwendungen für Erste Hilfe umfassen den Einsatz von Rettungskräften, Sanitäterinnen, Sanitätern und anderen Personen und die dabei verbrauchten Stoffe (z. B. Medikamente, Heil- und Verbandmittel).	47	Zu § 47 Abweichender Bemessungssatz
45.2	Zu Nummer 2	47.1	Zu Absatz 1 (bleibt frei)
45.2.1	Die Anwendung dieser Vorschrift kommt insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Betracht.	47.2	Zu Absatz 2
45.3	Zu Nummer 3	47.2.1	¹ Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung muss 15 Prozent des Gesamteinkommens übersteigen. ² Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 Prozent der Aufwendungen ermöglicht. ³ In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankentagegeldversicherung bis zu 14,50 Euro täglich einzubeziehen. Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwen-
45.3.1	Die Aufwendungen für Organspenderinnen und Organspender sind einschließlich der Registrierung als Organspenderin oder Organspender im Rahmen des Kapitels 2 BBhV beihilfefähig, soweit sie bei für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen, wenn die Empfängerin oder der Empfänger beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig ist.		

	<p>dung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI. ⁴Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. ⁵Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um maximal 10 Prozent. ⁶Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. ⁷Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 47 Abs. 2 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. ⁸Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen. ⁹Nach spätestens zwei Jahren sind die Voraussetzungen auf die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes aufgrund eines erneuten Antrags neu zu prüfen.</p>				
47.2.2	Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt.				
47.3	Zu Absatz 3				
47.3.1	Die Erhöhung des Bemessungssatzes kommt in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht, wenn ohne die Erhöhung die Fürsorgepflicht des Dienstherrn verletzt würde.				
47.4	Zu Absatz 4				
47.4.1	¹ Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung der oder des Versicherten beiträgt, d. h. zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen deckt. ² Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. ³ Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. ⁴ Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.	47.4.3	¹ Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. ² Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z. B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.		
		47.5	Zu Absatz 5 (bleibt frei)		
		47.6	Zu Absatz 6		
		47.6.1	¹ Keinen Zuschuss im Sinne von Absatz 6 Satz 2 stellt eine Beitragsersatzung nach § 9 Abs. 1 der MuSchEltZV und der Festbetrag nach § 2 Abs. 1 der Begrenzte Dienstfähigkeit Zuschlagsverordnung (BDZV) sowie ein Zuschuss nach § 92 Abs. 5 BBG bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung dar. ² Eine derartige Beitragsersatzung oder ein derartiger Zuschlag hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.		
		47.6.2	Für freiwillig versicherte Beamtinnen und Beamte, die in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind und für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen nach § 14 SGB V Leistungen aus der Teilkostenerstattung nach § 56 der Satzung der Bundesknappschaft (und damit eine den Prozenttarifen der privaten Krankenversicherung entsprechende Erstattung) erhalten, gelten die Bemessungssätze des § 46 Abs. 2.		
		47.7	Zu Absatz 7		
		47.7.1	Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten sind beihilfefähig, soweit sie den Eigenanteil nach § 39 Abs. 3 Satz 2 BBhV überschreiten. Der Beihilfebemessungssatz für diese Aufwendungen beträgt 100 Prozent (Nummer 39.3.2).		
		47.8	Zu Absatz 8		
47.4.2	¹ Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. ² Ein Leistungsausschluss liegt u. a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell	47.8.1	¹ Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes der Zuschussempfängerin oder des Zuschussempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. ² Zu-		
			keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. ³ Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.		

schüsse zur Pflegeversicherung bleiben dabei unberücksichtigt. ³Keinen Zuschuss im Sinne von Absatz 8 Satz 1 stellt eine Beitragserstattung nach § 9 Abs. 1 MuSchEltZV und der Festbetrag nach § 2 Abs. 1 BDZV sowie ein Zuschuss nach § 92 Abs. 5 BBG dar. ⁴Eine derartige Beitragserstattung oder ein derartiger Zuschlag hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.

48 Zu § 48 Begrenzung der Beihilfe

48.1 ¹Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Kranken- und Pflegeversicherung gegenüberzustellen. ²Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den Kapiteln 2 bis 4 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (z. B. Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen, deren Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist. ³Sind zum Beispiel für eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Aufwendungen für eine Sehhilfe nach Nummer 4 der Anlage 5 zur BBhV beihilfefähig, dann zählen die Aufwendungen für eine Sehhilfe nur für diese Person zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, nicht jedoch die Aufwendungen für Sehhilfen der oder des Beihilfeberechtigten oder der weiteren berücksichtigungsfähigen Personen. ⁴Die Aufwendungen für Lifestyle-Arzneimittel gehören nicht zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen. ⁵Die Aufwendungen für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel gehören nur dann zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, wenn sie ausnahmsweise als beihilfefähig anzuerkennen sind.

48.2 ¹Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag - etwa für die einzelnen Positionen - die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. ²Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. ³Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.

48.3 ¹Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen aufgrund des Versicherungsvertrages nach einem Prozentsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. ²Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. ³Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.

48.4 Übersteigt der Betrag der nach § 46 errechneten Beihilfe zuzüglich der zustehenden Erstattung aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

49 Zu § 49 Eigenbehalte

49.1 Zu Absatz 1

49.1.1 Satz 1 findet keine Anwendung für bei ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung verbrauchte Arznei- und Verbandmittel, die als Auslagen abgerechnet werden (vgl. § 10 GOÄ).

49.1.2 Satz 1 gilt auch für Mittel und Medizinprodukte, die nach § 31 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen sind.

49.1.3 ¹Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Nummer 1 ist der Apothekenabgabepreis oder der Festbetrag der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels. ²Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. ³Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg - auch für Arznei- und Verbandmittel aus Versandapotheken. ⁴Gewährte Rabatte von Versandapotheken sind zu berücksichtigen.

49.1.4 ¹Ist aufgrund der Verordnung kein Packungsgrößenkennzeichen oder keine Bezugseinheit bestimmbar (z. B. bei Sondennahrung), bestimmt die Ordnungszeile die Höhe der Eigenbehalte. ²Das kann dazu führen, dass bei Dauerverordnung (z. B. für enterale Ernährung) ein Eigenbehalt nur einmal erhoben wird.

49.1.5 ¹Bei Aufwendungen für Reparaturen und Betrieb sowie der Unterhaltung von Hilfsmitteln sind keine Eigenbehalte abzusetzen. ²Der Eigenbehalt gilt nur bei Anschaffung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln. ³Bei Miete eines Hilfsmittels ist nur einmalig für die erste Miete ein Eigenbehalt abzusetzen.

49.1.6 ¹Sofern aus der ärztlichen Verordnung nichts anderes hervorgeht, ist die in der Verordnung angegebene Stückzahl als „Monatsbedarf“ anzusehen. ²Der Monatsbedarf ist auf den Kalendermonat zu beziehen. ³Der Mindestabzugsbetrag in Höhe von fünf Euro ist hier nicht anzuwenden.

49.1.7 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Fahrtkosten unterliegen grundsätzlich dem Abzug von Eigenbehalten, außer den bereits durch einen Höchstbetrag begrenzten Fahrtkosten nach § 35 Abs. 2.

49.1.8 ¹Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 26 entstehenden Beförderungskosten ist der Ab-

	zugsbetrag nach Absatz 1 Nr. 3 nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen. ² Dies gilt entsprechend bei ambulant durchgeführten Operationen bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen in den jeweiligen Behandlungsfall sowie bei einer ärztlich verordneten - ambulanten - Chemo-/Strahlentherapie.	49.4.2	Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V (sog. „Praxisgebühr“, z. B. bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, gesetzlich Versicherten) befreien nicht von Eigenbehalten nach § 49 BBhV.
49.2	Zu Absatz 2	49.4.3	¹ Kieferorthopädische Leistungen sowie Laborleistungen unterliegen ebenfalls dem Abzugsbetrag für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen. ² Aufwendungen für Leistungen einer Kieferchirurgin oder eines Kieferchirurgen werden den ärztlichen Leistungen zugerechnet.
49.2.1	¹ Der Abzug bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt erfolgt für die ersten 28 Kalendertage. ² Der Abzugsbetrag ist dabei sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag zu berücksichtigen. ³ Die Abzugsbeträge sind für jedes Kalenderjahr gesondert zu beachten, dies gilt auch bei durchgehendem stationären Krankenhausaufenthalt über den Jahreswechsel.	49.4.4	Die Minderung der Beihilfe um zehn Euro erfolgt unabhängig von der auf diesen Zeitraum entfallenden Summe der Aufwendungen.
49.2.2	Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbetrag	49.5	Zu Absatz 5
	- Entbindungen, - teilstationäre Behandlungen, - vor- und nachstationäre Behandlungen, - ambulante Operationen im Krankenhaus.	49.5.1	Ärztlich verordnete Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung benötigt werden, unterliegen nicht dem Eigenbehalt nach Absatz 1.
49.3	Zu Absatz 3	49.5.2	Ergibt sich während der Durchführung von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen nach § 41 die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen, die über den Umfang der Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen nach § 41 hinausgehen, sind für die Durchführung dieser Maßnahmen Eigenbehalte auch dann abzuziehen, wenn sie im Zusammenhang damit stehen.
49.3.1	¹ Der Abzugsbetrag in Höhe von zehn Prozent für die Aufwendungen der vorübergehenden häuslichen Krankenpflege (§ 27 BBhV) ist begrenzt auf 28 Tage je Kalenderjahr. ² Bei einem erneuten Krankheitsfall im selben Kalenderjahr werden deshalb keine Abzugsbeträge mehr in Ansatz gebracht, soweit der Zeitraum von 28 Tagen aus dem ersten und jedem weiteren Krankheitsfall zusammen überschritten wird. ³ Neben dem Abzugsbetrag für die häusliche Krankenpflege wird für jede ärztliche Verordnung ein Betrag von zehn Euro von den beihilfefähigen Aufwendungen einbehalten.	49.5.3	Der Eigenbehalt nach Absatz 4 ist nicht abzuziehen, wenn Laborärztinnen und Laborärzte eine kurz vor dem Quartalsende entnommene Blut- oder Gewebeprobe erst im folgenden Quartal untersuchen.
49.4	Zu Absatz 4	49.5.4	Über die in Absatz 5 genannten Fälle hinaus sind Eigenbehalte auch für besonders preisgünstige Arzneimittel nicht abzuziehen (siehe dazu Hinweise zu § 22 Abs. 3).
49.4.1	¹ Werden in einem Quartal sowohl ärztliche als auch zahnärztliche Leistungen und Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers in Anspruch genommen, ist eine dafür zu gewährende Beihilfe für jede erste Inanspruchnahme einer dieser Leistungserbringerinnen oder eines dieser Leistungserbringer gesondert um jeweils zehn Euro - insgesamt im Quartal also um bis zu 30 Euro - je behandelte Person zu vermindern. ² Werden Beihilfen zu in einem Quartal gleichzeitig in Anspruch genommenen ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen gewährt, so ist der Eigenbehalt nach Absatz 4 nur einmal für jede behandelte Person abzuziehen. ³ Psychotherapeutische Leistungen gelten im Sinne dieser Vorschrift als ärztliche Leistungen.	49.6	Zu Absatz 6 (bleibt frei)
		49.7	Zu Absatz 7
		49.7.1	Die Entscheidung über die Ausgestaltung dieser Vorschrift kann erst nach Auswertung der Erfahrungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit dortigen Bonus- und Vorsorgeprogrammen erfolgen.
		50	Zu § 50 Belastungsgrenzen
		50.1	Zu Absatz 1
		50.1.1	¹ Eine Befreiung von Eigenbehalten wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. ² Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum

Ende des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Aufwendungen entstanden sind. ³Die Befreiung von Eigenbehalten umfasst sowohl die Eigenbehalte der oder des Beihilfeberechtigten als auch ihrer oder seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

50.1.2 ¹Der Begriff einer chronischen Erkrankung bestimmt sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V. ²Wer künftig chronisch erkrankt (dies gilt für weibliche Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die nach dem 1. April 1987 geboren wurden und für männliche Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die nach dem 1. April 1962 geboren wurden) muss außerdem durch geeignete Unterlagen (z. B. Rechenkopien oder ärztliche Bescheinigungen) nachweisen, dass sie oder er sich vor der Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen hat beraten lassen, die zunächst auf die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs beschränkt sind. ³Der erforderliche Nachweis bezieht sich nur auf die Durchführung der Beratung. ⁴Vorsorgeuntersuchungen selbst müssen daraufhin nicht in Anspruch genommen worden sein. ⁵Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähige „chronische Krankheit“ vor. ⁶Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. ⁷Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit schweren psychischen Erkrankungen oder schweren geistigen Behinderungen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zugemutet werden kann sowie Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden. ⁸Die oder der Beihilfeberechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (z. B. ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. ⁹Auf die alljährliche Einreichung eines Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet werden, wenn es keine Anzeichen für einen Wegfall der chronischen Erkrankung gibt.

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

50.2 Zu Absatz 2

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

50.3 Zu Absatz 3

50.3.1 ¹Bei Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, ist bei der Berechnung der Belastungsgrenze nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgebend. ²Dies gilt gleichermaßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb von diesen Einrichtungen.

51 Zu § 51 Bewilligungsverfahren

51.1 Zu Absatz 1

51.1.1 ¹Die Festsetzungsstelle ist bei ihren Einzelfallentscheidungen an die BBhV, die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zur BBhV sowie an ergänzende Erlasse der obersten Dienstbehörde gebunden. ²So weit Festsetzungsstellen die Beihilfearbeitung übertragen worden ist, ist die oberste Dienstbehörde die Dienstbehörde des übertragenden Ressorts.

51.1.2 ¹Die Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne nach § 14 Satz 2 und § 15 Abs. 2 gehören nicht zu den Gutachten im Sinne des Absatzes 1, deren Kosten von der Festsetzungsstelle zu tragen sind. ²Die Aufwendungen für diese Heil- und Kostenpläne sind beihilfefähig.

51.1.3 Die Verpflichtung zur Anonymisierung personenbezogener Daten konkretisiert die Geheimhaltungspflicht nach § 55.

51.1.4 Nach Abs. 1 Satz 4 sind die Beihilfeberechtigten einschließlich der berücksichtigungsfähigen Angehörigen verpflichtet,

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen

	<p>des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen und</p> <ul style="list-style-type: none"> - sich auf Verlangen der Festsetzungsstelle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, soweit diese für die Entscheidung erforderlich sind. 	<p>wiesenen Anspruchs zu gewähren, soweit die Voraussetzungen für die Gewährung trotz verspäteter Erfüllung der Mitwirkungspflichten weiterhin vorliegen.</p>
		51.2 Zu Absatz 2
51.1.5	<p>Die Mitwirkungspflicht der oder des Betroffenen besteht nicht, soweit</p> <ul style="list-style-type: none"> - ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zur beantragten Leistung steht, - ihre Erfüllung unzumutbar ist, - die Festsetzungsstelle sich durch einen geringeren Aufwand als die oder der Betroffene die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann, - bei Behandlungen und Untersuchungen im Einzelfall <ul style="list-style-type: none"> - ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, - die Maßnahme mit erheblichen Schmerzen verbunden ist oder einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet. 	<p>51.2.1 ¹Absatz 2 Satz 2 kann nach dem 1. Januar 2009 bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit Wohnsitz im Inland grundsätzlich nicht mehr zur Anwendung kommen, da von diesem Zeitpunkt ab im Inland eine allgemeine Krankenversicherungspflicht gilt und für krankenversicherungspflichtige Personen die Mitgliedschaft in der privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung obligatorisch ist. ²Nach § 10 Abs. 2 hat einen Anspruch auf Beihilfe nur, wer seinen Krankenversicherungsschutz und den Krankenversicherungsschutz seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen nachweist.</p>
		51.3 Zu Absatz 3
51.1.6	<p>¹Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige können in Härtefällen auf Antrag Ersatz ihres notwendigen Aufwandes einschließlich des Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. ²Notwendig ist der geltend gemachte Aufwand nur dann, wenn die oder der Betroffene alle Möglichkeiten zur Minimierung des Aufwandes nutzt. ³Dazu gehört im Falle des Verdienstausfalls auch eine Verlegung der Arbeitszeit oder des Termins einer gegebenenfalls erforderlichen Untersuchung oder Begutachtung. ⁴Ein Härtefall im Sinne von Nummer 51.1.4 liegt nur dann vor, wenn der Verzicht auf die Erstattung des notwendigen Aufwandes in angemessener Höhe der oder dem Beihilfeberechtigten aus Fürsorgegründen nicht zugemutet werden kann.</p>	<p>51.3.1 ¹Die BBhV des Bundes verzichtet weitgehend auf bindende Formvorschriften für das Antragsverfahren. ²Damit wird den Festsetzungsstellen die Möglichkeit gegeben, ein auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmtes Verfahren zu gestalten. ³Auch die zu verwendenden Antragsformulare können nach den jeweiligen Anforderungen gestaltet werden. ⁴Unverzichtbar für die Beihilfebearbeitung sind persönliche Angaben zur Identifizierung der oder des Beihilfeberechtigten, Angaben zum Anspruch auf Bezüge und gegebenenfalls familienbezogene Zulagen (für die Prüfung des Beihilfeanspruchs und der Berücksichtigungsfähigkeit) und zu sonstigen Ansprüchen (z. B. aus Krankenversicherungen oder Schadenersatzansprüchen bei Unfällen mit Ersatzpflicht Dritter).</p>
51.1.7	<p>¹Kommt die oder der Betroffene ihren oder seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die Festsetzungsstelle ohne weitere Ermittlungen die Beihilfen, für die ein Anspruch nicht nachgewiesen ist, versagen oder entziehen. ²Dies gilt entsprechend, wenn die oder der Betroffene in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.</p>	<p>51.3.2 ¹Die Vorschrift ermöglicht die elektronische Beihilfebearbeitung einschließlich der elektronischen Belegübermittlung und Bescheidversendung. ²Aus der Vorschrift ergeben sich jedoch keine unmittelbaren Ansprüche der Beihilfeberechtigten auf eine bestimmte Verfahrensgestaltung. ³Die Dispositionsfreiheit obliegt der jeweiligen Festsetzungsstelle.</p>
51.1.8	<p>¹Beihilfeberechtigte sind auf die möglichen Folgen mangelnder Mitwirkung vor dem Entzug der Leistungen schriftlich hinzuweisen. ²Ihnen kann für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht eine angemessene Frist gesetzt werden.</p>	<p>51.3.3 In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.</p>
51.1.9	<p>¹Wird die Mitwirkung nachgeholt, ist die beantragte Beihilfe in Höhe des durch die Mitwirkung nachge-</p>	<p>51.3.4 ¹Aufwendungen für Halbwaisen können mit Zustimmung der Festsetzungsstelle zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. ²Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbwaisen bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung unverändert bestehen. ³Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 wird durch die gemeinsame Antragstellung nicht begründet.</p>

51.3.5 ¹Beihilfen werden nur zu Aufwendungen gewährt, die während des Bestehens einer Beihilfeberechtigung oder während der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger entstanden sind. ²Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung oder keine Berücksichtigungsfähigkeit mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt waren.

51.4 Zu Absatz 4

51.4.1 ¹Die Vorschrift dient der Verfahrensvereinfachung von Aufwendungen, die im Ausland entstanden sind. ²Grundsätzlich obliegt es den Beihilfeberechtigten, prüfbar Belege für Leistungen im In- und Ausland vorzulegen. ³Soweit der Festsetzungsstelle die Prüfung der Belege ohne weitere Mitwirkung der oder des Beihilfeberechtigten möglich ist, bedarf es keiner weiteren Unterlagen. ⁴Eine Übersetzung im Sinne von Satz 3 unterliegt keinen besonderen Formvorschriften; sie muss nicht amtlich beglaubigt sein. ⁵Die Kosten einer erforderlichen Übersetzung sind nicht beihilfefähig. ⁶Bei Rechnungsbeträgen in ausländischer Währung ist Nummer 11.1.2 zu beachten.

51.5 Zu Absatz 5

51.5.1 Die Vernichtung der Belege umfasst nicht nur die der Beihilfestelle in Papierform vorliegenden Belege, sondern auch die Löschung der gegebenenfalls elektronisch übersandten Belegdateien.

51.5.2 Die Vernichtung der Belege hat so zu erfolgen, dass eine Rekonstruktion der Inhalte nicht möglich ist.

51.6 Zu Absatz 6

51.6.1 ¹Die Regelung schafft keinen Beihilfeanspruch; der Beihilfeanspruch steht materiell unverändert der oder dem Beihilfeberechtigten zu. ²Eine unbillige Härte kann u. a. dann gegeben sein, wenn wegen des Getrenntlebens von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Beihilfestellung durch die oder den Beihilfeberechtigten nicht zuzumuten ist. ³Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn befürchtet werden muss, dass die oder der Beihilfeberechtigte die Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht oder nicht rechtzeitig beantragt oder die für Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährten Beihilfen nicht zweckentsprechend einsetzt.

51.6.2 Die oder der Beihilfeberechtigte sind vor einer Entscheidung anzuhören.

51.7 Zu Absatz 7

51.7.1 ¹Die Antragsgrenze von 200 Euro gilt nicht, wenn

die oder der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

51.7.2 ¹Zur Vermeidung von Härten kann die Festsetzungsstelle in Einzelfällen Ausnahmen von der Antragsgrenze zulassen. ²Mit dieser Regelung werden die Festsetzungsstellen in die Lage versetzt, im Rahmen einer Einzelfallprüfung oder für bestimmte Personengruppen festzulegen, ob insbesondere unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht ein Abweichen von der Antragsgrenze angezeigt ist.

51.8 Zu Absatz 8

51.8.1 Beihilfeberechtigten können insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden.

51.8.2 ¹In Pflegefällen kann auf Antrag für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. ²Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten endgültig festzusetzen.

52 Zu § 52 Zuordnung der Aufwendungen

52.1 Die Zuordnung der Aufwendungen bestimmt den für die Aufwendungen anzusetzenden Beihilfebemessungssatz.

52.2 ¹Nach Nummer 3 sind nur die Aufwendungen für das gesunde Neugeborene der Mutter zugeordnet. ²Darüber hinausgehende Aufwendungen, die durch eine Erkrankung des Kindes entstehen, sind davon nicht erfasst; diese Aufwendungen sind dem Kind zuzuordnen.

53 Zu § 53 Elektronische Gesundheitskarte

53.1 Hinweise zu beihilferechtlichen Folgen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werden rechtzeitig zum Beginn des Wirkbetriebs der Karte erfolgen.

54 Zu § 54 Antragsfrist

54.1 Zu Absatz 1

54.1.1 ¹Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen. ²Das gilt auch in den Fällen des § 51 Abs. 6 BBhV.

54.1.1.1 Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist danach zu gewähren, wenn die Antragsfrist durch Umstände versäumt worden ist, die die oder der Beihilfeberechtigte nicht zu verantworten hat.

54.1.1.2 Innerhalb von zwei Wochen nach dem Wegfall des

Hindernisses ist sowohl der Beihilfeantrag nachzuholen als auch glaubhaft zu machen, dass weder die oder der Beihilfeberechtigte noch ihr oder sein Vertreter das Fristversäumnis zu vertreten hat.

54.1.1.3 ¹Ein Jahr nach Beendigung der versäumten Frist kann die Wiedereinsetzung nur dann beantragt werden, wenn dies vor Ablauf dieser Frist aufgrund höherer Gewalt unmöglich war. ²Höhere Gewalt liegt nur dann vor, wenn das Fristversäumnis auf ungewöhnlichen und unvorhersehbaren Umständen beruht und deren Folgen trotz aller Sorgfalt nicht hätten vermieden werden können.

54.1.2 ¹Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, kann er aufgrund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 93 SGB XII einen Beihilfeanspruch geltend machen. ²Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er der oder dem Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge über. ³Eine Überleitung nach § 93 SGB XII ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für die oder den Beihilfeberechtigten selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für seine nicht getrennt lebende Ehegattin oder für die berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) der oder des Beihilfeberechtigten entstanden sind. ⁴In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und gegebenenfalls Anfechtungsklage zu erheben.

54.1.3 ¹Leitet der Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge nicht über, sondern nimmt die oder den Beihilfeberechtigten nach § 19 Abs. 5 SGB XII im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist zulässig. ²Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist ausgeschlossen.

54.1.4 ¹Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Absatz 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung

- den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt),
- die Leistungsempfängerin oder den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
- die Art (z. B. Pflege, Heilmittel) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
- die Leistungshöhe

enthält. ²Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. ³Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Trägers der Sozialhilfe oder Kriegs-

opferfürsorge anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. ⁴In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Satz 3) und gegebenenfalls der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

54.2 Zu Absatz 2

54.2.1 Diese Vorschrift soll Beihilfeberechtigte mit ausländischem Dienort von Erschwernissen entlasten, die auf den Besonderheiten des dienstlichen Einsatzes beruhen (z. B. längere Postlaufzeiten).

55 Zu § 55 Geheimhaltungspflicht

55.1 Zu Absatz 1

55.1.1 ¹Eine gesetzliche Bestimmung zur Weitergabe personenbezogener Daten ergibt sich z. B. aus den §§ 106, 108 und 111 des Bundesbeamtengesetzes. ²Aus diesen Vorschriften ergibt sich jedoch grundsätzlich keine Berechtigung oder Verpflichtung zur Weitergabe von Gesundheitsdaten.

55.2 Zu Absatz 2

55.2.1 ¹Diese Vorschrift regelt die Befugnis der Festsetzungsstelle zur Weitergabe der personenbezogenen Daten, die für die Berechnung oder Gewährung der Besoldung oder Versorgung oder des Kindergeldes maßgeblich sind. ²Die Weitergabe von gesundheitsbezogenen Daten ist für die Festsetzung der Besoldung oder Versorgung oder zur Prüfung der Kindergeldberechtigung nicht erforderlich; diese Daten dürfen daher ohne Zustimmung der oder des Betroffenen nicht an die die Bezüge festsetzenden Stellen weitergegeben werden.

56 Zu § 56 Festsetzungsstellen

56.0 Allgemein

56.0.1 Werden Beihilfeberechtigte innerhalb des Bundesdienstes abgeordnet, verbleibt es bei der Zuständigkeit der bisherigen Festsetzungsstelle.

56.0.2 Werden Beihilfeberechtigte des Bundes zu einer Dienststelle außerhalb der Bundesverwaltung abgeordnet, bleibt die bisherige Festsetzungsstelle weiterhin zuständig.

56.0.3 Werden Beihilfeberechtigte eines anderen Dienstherrn in den Bundesdienst abgeordnet, bleibt der bisherige Dienstherr für die Beihilfegewährung weiterhin zuständig.

56.0.4 Die abgebenden und die aufnehmenden Dienstherrn können von den Nummern 56.0.1 bis 56.0.3 abweichende Regelungen treffen.

56.0.5 Mit der Wirksamkeit der Versetzungsverfügung ist

- die aufnehmende Behörde für die Beihilfegewährung zuständig.
- 56.0.6 Verlegt eine Beihilfeberechtigte oder ein Beihilfeberechtigter ihren oder seinen Wohnsitz aus privaten Gründen ins Ausland, bleibt die für sie oder ihn zuständige Festsetzungsstelle gegebenenfalls bis zu einer anderen Entscheidung der obersten Dienstbehörde weiterhin zuständig.
- 56.0.7 ¹Soweit nicht bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts ausnahmsweise eigene Dienstherreneigenschaft besitzen, ist Dienstherr der Bund (§ 2 des Bundesbeamtengesetzes). ²Insoweit kann die Beihilfebearbeitung auch Festsetzungsstellen des Bundes außerhalb des eigenen Ressorts übertragen werden.
- 56.1 Zu Absatz 1** (bleibt frei)
- 56.2 Zu Absatz 2** (bleibt frei)
- 57 Zu § 57 Verwaltungsvorschriften**
- 57.1 ¹Die nach dieser Vorschrift zu erlassenden Verwaltungsvorschriften dienen der Vereinheitlichung der Rechtsanwendung. ²Sie werden im Gemeinsamen Ministerialblatt veröffentlicht.
- 58 Zu § 58 Übergangsvorschriften**
- 58.1 Zu Absatz 1**
- 58.1.1 ¹Die Verordnung gilt nur für Aufwendungen, die nach dem Inkrafttreten entstanden sind. ²Auf alle Aufwendungen, die bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, sind die bisherigen Regelungen weiterhin anzuwenden. ³Das kann dazu führen, dass gegebenenfalls die in einer Rechnung zusammengefassten Aufwendungen aufgeteilt werden. ⁴Nach bisherigem Recht erteilte Bewilligungen gelten fort.
- 58.2 Zu Absatz 2**
- 58.2.1 ¹Nach § 4 Abs. 1 Satz 3 werden im Ausland erzielte Einkünfte der Ehegattinnen und Ehegatten von Beihilfeberechtigten nach § 3 (dienstlichem Wohnsitz im Ausland) nicht berücksichtigt. ²Das gilt auch bei der Prüfung, ob Ehegattinnen und Ehegatten dieser Beihilfeberechtigten von dieser Übergangsvorschrift erfasst werden.
- 58.3 Zu Absatz 3**
- 58.3.1 ¹Diese Übergangsregelung trifft nur auf die berücksichtigungsfähigen Kinder einer oder eines Beihilfeberechtigten zu, die tatsächlich im Wintersemester 2006/2007 an einer Fachhochschule oder Hochschule eingeschrieben waren, solange das Studium andauert.
- 58.3.2 Die Anwendung der Übergangsregelung führt nicht zu einer Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 46 Abs. 3 für die oder den Beihilfeberechtigten.
- 58.4 Zu Absatz 4**
- 58.4.1 ¹Die Erhöhung des Bemessungssatzes für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit geringem Gesamteinkommen erfolgt aus Gründen der Fürsorge des Dienstherrn. ²Dieser Fürsorge bedarf die Beihilfeberechtigte oder der Beihilfeberechtigte nicht mehr, wenn das Einkommen (zum Beispiel durch das Hinzutreten von Altersrenten) nicht mehr geringfügig im Sinne von § 47 Abs. 2 ist.
- 58.5 Zu Absatz 5**
- 58.5.1 ¹Nach § 46 Abs. 3 Satz 2 wird bei mehreren Beihilfeberechtigten der Bemessungssatz bei der oder dem Beihilfeberechtigten erhöht, die oder der die familienbezogenen Besoldungsbestandteile tatsächlich erhält. ²Die Beihilfeberechtigten bestimmen in diesem Fall bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. ³Eine gesonderte Erklärung der Beihilfeberechtigten ist nicht erforderlich.
- 58.5.2 ¹Nummer 58.5.1 ist erstmals sechs Monate nach Verkündung der BBhV im Bundesgesetzblatt anzuwenden. ²Das bedeutet, dass für alle Aufwendungen, die nach diesem Stichtag erbracht werden, die neue Vorschrift über die Erhöhung des Bemessungssatzes anzuwenden ist.
- 58.6 Zu Absatz 6**
- 58.6.1 Diese Regelung führt nicht zu einer Veränderung der Verfahrensweise, sondern zeichnet nur die Veränderungen der Bezeichnungen in den Regelungen der Auslandsbesoldung durch das Dienstrechtsneuordnungsgesetz nach.
- 59 Zu § 59 Inkrafttreten**
- 59.1 ¹Die Verordnung ist am 13. Februar 2009 im Bundesgesetzblatt verkündet worden und am Tag nach der Verkündung in Kraft getreten. ²Sie gilt gemäß Nummer 58.1.1 für Aufwendungen, die nach dem Datum der Verkündung entstanden sind.

Berlin, den 16. Februar 2009
D 6 - 213 100 - 1/19

Bundesministerium des Innern

Im Auftrag

Cornelia Peters

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

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

- Rosemarie Ahlert Schulstr. 29, 72631 Aichtal
- Dr. med. Dipl.-Psych. Menachem Amitai Bifänge 22, 79111 Freiburg
- Dr. med. Ludwig Barth Mühlbaurstr. 38 b, 81677 München
- Dr. med. Ulrich Berns Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
- Dr. med. Dietrich Bodenstern Riemeisterstr. 29, 14169 Berlin
- Dr. med. Doris Bolk-Weischedel Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
- Dr. med. Gerd Burzig Max-Linde-Weg 6, 23562 Lübeck
- Dr. med. Ilan Diner Windscheidstr. 8, 10627 Berlin
- Prof. Dr. med. Michael Ermann Postfach 15 13 09, 80048 München
- Dr. med. Paul R. Franke Harnackstr. 4, 39104 Magdeburg
- Dr. med. Ulrich Gaitzsch Luisenstr. 3, 69469 Weinheim
- Dr. med. Dietrich Haupt Wörther Str. 44, 28211 Bremen
- Dr. F. Höhne Vor dem Schlosse 5, 99947 Bad Langensalza
- Dr. med. Ludwig Janus Zähringstr. 4, 65115 Heidelberg
- Dr. med. Horst Kallfass Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin
- Dr. med. Ingrid Kamper Jasper Eckhorst 13, 25491 Hetlingen
- Dr. med. Gabriele Katwan Franzensbader Str. 6 b, 14193 Berlin
- Prof. Dr. med. Karl König Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen
- Dr. med. Albrecht Kuchenbuch Lindenallee 26, 14050 Berlin
- Prof. Dr. med. Peter Kutter Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart
- Prof. Dr. med. Klaus Lieberz Zentralinstitut für Seelische Gesundheit - Klinik für Psycho-somatik und Psychotherapeutische Medizin - Postfach 12 21 20, 68072 Mannheim

- Dr. med. Günter Maass Leibnizstr. 16 c, 65191 Wiesbaden
- Prof. Dr. med. Michael von Rad Städt. Klinikum München GmbH, Krankenhaus München-Har-laching, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychothera-pie, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München

- Prof. Dr. med. Ulrich Rüter Mittelbergring 59, 37085 Göttingen
- Dr. med. Rainer Sandweg Postfach 12 58, 66443 Bexbach
- Dr. med. Günter Schmitt Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
- Dr. med. Jörg Schmutterer Damaschkestr. 65, 81825 München
- Dr. med. Gisela Thies Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe

II. Gutachterinnen und Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Ju-gendlichen:

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

III. Gutachterinnen und Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

- Prof. Dr. Gerd Buchkremer Psychiatrische Universitätsklinik, Osianderstr. 22, 72076 Tübin-gen
- Prof. Dr. med. Iver Hand Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg
- Dr. med. Dieter Kallinke Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg
- Dr. med. Johannes Kemper Bauerstr. 15, 80796 München
- Dipl.-Psych. Eva Koppenhöfer Baiertaler Str. 89, 69168 Wiesloch
- Dipl.-Psych. Dr. Helmut Köhler Obere Stadt 60, 82362 Weilheim
- Prof. Dr. med. Rolf Meermann Psychosomatische Fachklinik, Bombergallee 11, 31812 Bad Pyr-mont

- Dr. med. Jochen Sturm Altneugasse 21, 66117 Saarbrücken

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Von _____ bis _____ Anzahl der Sitzungen _____

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

_____ Anzahl der Einzelsitzungen _____ Anzahl der Gruppensitzungen

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

ja nein _____ Anzahl der Sitzungen

6. Gebührenziffern:

Gebührenhöhe je Sitzung _____

Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. Ärztinnen und Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
verliehen: vor dem 1. April 1984
 nach dem 1. April 1984
- Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Schwerpunkt Verhaltenstherapie
- Bereichsbezeichnung Psychoanalyse

Eine Berechtigung zur Behandlung

- in Gruppen
- von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

2. Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten (Zutreffendes ankreuzen)

2.1 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)

Datum der Approbation _____ als

- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 (3) Abs. 1 PsychThG und entsprechend 3.2, 3.3 sowie 4.2 der Anlage 2 der BBhV vor?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - analytische Psychotherapie
 - Verhaltenstherapie
- bei Erwachsenen, bei Kindern und Jugendlichen, in Gruppen.

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG)

Liegt

a) ggf. eine entsprechende KV-Zulassung vor? ja nein

KV-Zulassungsnummer: _____, bei welcher KV? _____

b) ein Eintrag in das Ärztereister vor?
ja nein , bei welcher KV? _____

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

2.2 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation _____ als

- Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer: _____, bei welcher KV? _____

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV _____

Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit 3.3, 3.5 sowie 4.3 der Anlage 2 der BBhV und § 95 c 2.3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben.

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - analytische Psychotherapie
 - Verhaltenstherapie
- bei Erwachsenen, bei Kindern und Jugendlichen, in Gruppen.

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.98 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut: ja nein

für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie,
 Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes: _____

Datum des Abschlusses: _____

Ort, Datum

.....
(Unterschrift und Stempel der Therapeutin/des Therapeuten)

Formblatt 2 (zu Nummer 18.2.2)

Absender:
(Name und Anschrift der Therapeutin oder des Therapeuten)

Bericht

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin oder den Gutachter zu übersenden.

an die Gutachterin/den Gutachter zum Antrag
auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Angaben über die Patientin/den Patienten

Anonymisierungscode (von der Festsetzungsstelle vorgegeben)	Familienstand
---	---------------

Alter	Geschlecht	Beruf
-------	------------	-------

II. Angaben über die Behandlung

1. Art der vorgesehenen Therapie:
2. Datum des Therapiebeginns:
3. Anzahl und Frequenz der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen:
4. Anzahl und Frequenz der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen (insgesamt und wöchentlich):

III. Bericht der Therapeutin/des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie. Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:

1. **Spontanangaben** der Patientin/des Patienten zu seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin/des Patienten (bei K+J auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer/psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlussbericht beifügen.
2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei K+J auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts.

Psychopathologischer Befund (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).
3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese, oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin oder des Patienten in ihrer oder seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei K+J auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.

5. **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biographie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben.

Bei K+J: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ichdefekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.

6. **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.
7. **Behandlungsplan,** indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und der Darlegung realisierbar erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzungen, besonders zu begründen. Spezielle Indikation für Gruppentherapie. Es muss in jedem Fall ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der zur Behandlung kommenden Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der jeweils begrenzten Behandlungsvolumina als erreichbar angesehen wird.
8. **Prognostische Einschätzung,** bezogen auf die Therapiezielsetzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der Patientin oder des Patienten und seiner Verlässlichkeit, seiner partiellen Lebensbewältigung sowie seiner Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, seiner Flexibilität und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei K+J auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.
2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei K+J auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin oder des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der Patientin oder des Patienten, seine Regressionsfähigkeit oder -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei K+J Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.
3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin oder des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten des Patienten, seine Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.
4. Änderungen des Therapieplanes mit Begründung.
5. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf mit Begründung des wahrscheinlich noch notwendigen Behandlungsvolumens und der Behandlungsfrequenz unter Bezug auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin oder des Patienten und Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

IV. Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen der Patientin oder des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten gegebenenfalls auch Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten. (Warum kommt die Patientin oder der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)
2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin oder des Patienten und Krankheitsanamnese:**
 - a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
 - b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
 - c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.

- d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

Bei Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.

3. **Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)
- a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
 - b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
 - c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der amnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).
4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensexzessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.

Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.

Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.

6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.
7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.
8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1. - 3. und 5. des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.
2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.
3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen des Patienten.

....., den

.....
(Stempel und Unterschrift der Therapeutin oder des Therapeuten)

Formblatt 2a (zu Nummer 18.2.2)

Anonymisierungscode

Konsiliarbericht*)

**vor Aufnahme
einer Psychotherapie**

Auf Veranlassung von:

_____ *Name der Therapeutin/des Therapeuten*

- Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

- Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z. B. laufende Medikation):

- Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

- Befunde, die eine psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

- Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erfolgt veranlasst
Welche ärztlichen/ärztlich veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

- Bestehen aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

ja

nein

_____ *Ausstellungsdatum*

_____ *Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes*

Ausfertigung für die Therapeutin oder den Therapeuten

^{*)} Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.

Formblatt 4 (zu Nummer 18.2.5)

Psychotherapie-Gutachten

für
(Anonymisierungscode)

Bezug: Auftragschreiben vom

Stellungnahme:

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?

1. für den Patienten/die Patientin

2. für die begleitende Psychotherapie der Bezugsperson

Einzelsitzungen

Gruppensitzungen

--

--

.....
(Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters)

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

Abmagerungsmittel (zentral wirkend)

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

Abmagerungsmittel (Peripher wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	XENICAL

Erektile Dysfunktion

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

Nikotinabhängigkeit

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 07 BA 01 Nicotin (nicht verschreibungspflichtig)	NIQUITIN
N 07 BA 02 Bupropion	ZYBAN
N 07 BA 03 Varenicline	CHAMPIX

Steigerung des sexuellen Verlangens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	INTRINSA

Verbesserung des Haarwuchses

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

Verbesserung des Aussehens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
M 03 AX 01 Clostridium botulinum Toxin Typ A	VISTABEL DYSPORT ausgenommen bei idiopathischem Blepharospasmus, bei einfachem idiopathischen rotierenden Torticollis spasmodicus und bei Armspastik

Anhang 4

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

Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind:

1. Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.
2. Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.
3. Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.
4. Acidose-therapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoplase.
5. Antihistaminika
 - nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien,
 - nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien,
 - nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus,
 - nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.
6. Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.
7. Antiseptika und Gleitmittel nur für Patientinnen und Patienten mit Katheterisierung.
8. Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödemen (Mannitol, Sorbitol).
9. Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination)
 - nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,
 - nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,
 - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.

10. Calciumverbindungen als Monopräparate nur
 - bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus,
 - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
11. nicht besetzt
12. Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.
13. E. coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.
14. Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanaemie.
15. Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV-assoziiertes Diarrhoe.
16. Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.
17. Ginkgo biloba Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert) nur zur Behandlung der Demenz.
18. Hypericum perforatum-Extrakt (hydroalkoholischer Extrakt, mind. 300 mg pro Applikationsform) nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden.
19. Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.
20. Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.
21. Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie.
22. Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.
23. Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.
24. Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen.
25. Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
26. Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.
27. Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.
28. Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.
29. Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten.
30. Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-)Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.
31. Pankreasenzyme nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose.
32. Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.
33. Phosphatverbindungen bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
34. Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mind. 2 % Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.
35. Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.

36. Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen (trockenes Auge Grad 2), Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
37. Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
38. Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen nur bei der Dialyse.
39. Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5mg/Dosiseinheit).
40. Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der entero-pathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.
41. Arzneimittel zur sofortigen Anwendung
 - Antidote bei akuten Vergiftungen,
 - Lokalanaesthetika zur Injektion,
 - apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.
42. Topische Anästhetika und/oder Antiseptika nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z. B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).
43. L-Methionin nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurogener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind.
44. Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.
45. Butylscopolamin, parenteral, nur zur Behandlung in der Palliativmedizin.
46. Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 % nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten indiziert sind.
47. Dinatriumcromoglycat (DNCG)-haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose.

Anhang 5
(VwV zu § 22 Abs. 4 BBhV)

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

1. Kurzwirksame Insulinaloga zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2. Hierzu zählen:
 - Insulin Aspart
 - Insulin Glulisin
 - Insulin Lispro

Diese Wirkstoffe sind nicht beihilfefähig, solange sie mit Mehrkosten im Vergleich zu kurzwirksamem Humaninsulin verbunden sind. Das angestrebte Behandlungsziel ist mit Humaninsulin ebenso zweckmäßig, aber kostengünstiger zu erreichen. Dies gilt nicht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige

- mit Allergie gegen den Wirkstoff Humaninsulin,
- bei denen trotz Intensivierung der Therapie eine stabile adäquate Stoffwechsellage mit Humaninsulin nicht erreichbar ist, dies aber mit kurzwirksamen Insulinaloga nachweislich gelingt,
- bei denen aufgrund unverhältnismäßig hoher Humaninsulindosen eine Therapie mit kurzwirksamen Insulinaloga im Einzelfall wirtschaftlicher ist.

2. nicht besetzt

3. Clopidogrel als Monotherapie zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt, mit ischämischem Schlaganfall oder mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit.

Dies gilt nicht für Patientinnen und Patienten mit

- pAVK-bedingter Amputation oder Gefäßintervention oder
- diagnostisch eindeutig gesicherter typischer Claudicatio intermittens mit Schmerzurückbildung in < 10 min bei Ruhe oder
- Acetylsalicylsäure-Unverträglichkeit, soweit wirtschaftliche Alternativen nicht eingesetzt werden können.

Satz 1 gilt nicht für folgende Anwendungsgebiete:

Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patientinnen und Patienten mit akutem Koronarsyndrom, bei dem Clopidogrel als Kombinationstherapie mit Acetylsalicylsäure angewendet wird:

- Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung (instabile Angina pectoris oder Non-Q-Wave Myokardinfarkt) einschließlich Patientinnen und Patienten, denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert wurde,
- Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung bei medizinisch behandelten Patientinnen und Patienten, für die eine thrombolytische Therapie in Frage kommt.

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

1. Kurortverzeichnis Inland

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
A				
Aachen	52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062	Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433	Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
Abbach	93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419	Ahlbeck	G	Seeheilbad
Aibling	83043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680	Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Altenberg	01773	Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
Andernach	56626	Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270	Baiersbronn	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Balge	31609	Balge	B - Blenhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429	Bansin	G	Seeheilbad
Bayersoien	82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410	Bayreuth	B - Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellenkurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624	Bederkesa	G	Moorheilbad
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806	Belzig	Belzig	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Berggießhübel	01819	Bad Gottleuba - Berggießhübel	Berggießhübel	Kneippkurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge Frankenhammer, Kutschenrangen Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bernkastel-Kues	54470	Bernkastel-Kues	Stadtteil Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneippkurort
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Birnbach	84364	Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofsgrün	95493	Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440	Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alsbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389	Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087	Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Boltenhagen	23944	Ostseebad Boltenhagen	G	Seeheilbad
Boppard	56154	Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippheilbad Heilbad
Borkum	26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-)Heilbad
Bramstedt	24576	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
Braunlage	38700	Braunlage	G mit Hohegeiß	Heilklimatischer Kurort
Breisig	53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippkurort
Brückenaue	97769	Bad Brückenaue	G - sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-)Heilbad
Buckow	15377	Buckow	G - ausgenommen der Ortsteil „Hasenholz“	Kneippkurort
Bünde	32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	25761	Büsum	Büsum	Seeheilbad
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehmarn	23769	Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
C				
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Clausthal-Zellerfeld	38678	Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
Colberg-Heldburg	98663	Bad Colberg - Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Cuxhaven	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
D				
Dahme	23747	Dahme	Dahme	Seeheilbad
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582	Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209	Bad Doberan	Bad Doberan Heiligendamm	(Moor-)Heilbad Seeheilbad
Driburg	33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	(Moor-)Heilbad
Dürkheim	67098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-)Heilbad und Heilklimatischer Kurort
E				
Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Heilbad
Elster	04645	Bad Elster	Bad Elster, Sohl	Mineral- und Moorheilbad
Ems	56130	Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Emstal	34308	Bad Emstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080	Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83093	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Heilbad
Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
F				
Fallingbostal	29683	Fallingbostal	Fallingbostal	Kneippheilbad
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Finsterberg	99898	Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	K	Sole-Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Freudenstadt	72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort
Füssing	94072	Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Egglfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	Heilbad
G				
Gaggenau	76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467	Garmisch-Partenkirchen	G - ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippheilbad
Gladenbach	35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Gottleuba	01816	Bad Gottleuba - Berggießhübel	Bad Gottleuba	(Moor-)Heilbad
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Seeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal Weghof	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Seeheilbad
Grönenbach	87728	Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, in der Tarrast, Egg, Gemeinshwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhoven, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldeck b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Seeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilbad
H				
Haffkrug-Scharbeutz	23683	Haffkrug-Scharbeutz	Haffkrug	Seeheilbad
Haigerloch	72401	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Heilbrunn	83670	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilbad
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	B	Heilquellen-Kurbetrieb
Heringsdorf	17442	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-)Heilbad
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251	Bad Hersfeld	K	(Mineral-)Heilbad
Hille	32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Hindelang	87541	Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Höchenschwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Seeheilbad
Holzminden	37603	Holzminden	Neuhaus	Heilklimatischer Kurort
Homburg	61348	Bad Homburg v. d. Höhe	K	Heilbad
Horn	32805	Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J				
Juist	26571	Juist	G	Nordseeheilbad
K				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippheilbad und Thermal-Sole-Heilbad
Kellenhusen	23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzing	93444	Kötzing	Stadtteil Kötzing	Kneippheilbad
Kohlgrub	82433	Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	83708	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	55543	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	79189	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86381	Krumbach (Schwaben)	B - Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
L				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	56112	Lahnstein	Stadtteil Lahnstein auf der Höhe	Heilquellen-Kurbetrieb
Langensalza	99947	Bad Langensalza	K	Schwefel-Sole-Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	G	(Mineral-)Heilbad
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	K	Heilbad
Liebenwerda	04924	Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	Lobenstein	Lobenstein	Moor-Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Lüneburg	21335	Lüneburg	Kurpark mit Kurzentrum	Sole-Moor-Heilbad
M				
Malente	23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	56470	Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie die Bahntrasse Erbach-Bad Marienberg)	Kneippheilbad
Marktschellenberg	83487	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666	Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mölln	23879	Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116	Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münder	31848	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Münster/Stein	55583	Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Murnau	82418	Murnau a. Staffelsee	B - Ludwigsbad Murnau	Moorkurbetrieb
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
N				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B - Badehaus Maiersreuth Sybillenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Neubulach	75386	Neubulach	Neubulach	Heilstollen-Kurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	93333	Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale, Salzburg	Heilbad
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946	Norrdorf/Amrum	Norrdorf	Seeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Seeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O				
Oberstausen	87534	Oberstausen	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619	Bad Orb	G	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740	Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Porta Westfalica	32457	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
Preußisch Oldendorf	32361	Preußisch Oldendorf	Bad Holzhausen	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Prien	83209	Prien a. Chiemsee	G - ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pyrmont	31812	Bad Pyrmont	K	Heilbad
R				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	74906	Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-)Heilbad
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
S				
Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	G	Mineralheilbad und Moorbad
Salzfluren	32105	Bad Salzfluren	Bad Salzfluren	Heilbad
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Kneippkurort
Sassendorf	59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulgau	88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Bad Schandau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad
Scheidegg	88175	Scheidegg	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Schieder	32816	Schieder-Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	65388	Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301	Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	a) Fredeburg b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömburg	75328	Schömburg	Schömburg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471	Schönau a. Königsee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217	Schönberg	Holm	Heilbad und Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624	Schönebeck-Salzelmen	G	Heilbad
Schönwald	78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-)Heilbad
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B - Kurheim Bad Adelholzen	Heilquellen-Kurbetrieb
Sinzig	53489	Sinzig	Bad Bodendorf	Heilbad
Sobernheim	55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Felke-Heilbad
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628	Bad Soden-Salmünster	Bad Soden	Mineralheilbad
Soltau	29614	Soltau	B	(Sole-)Heilbad
Sooden-Allendorf	37242	Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Andreasberg	37444	St. Andreasberg	G	Heilklimatischer Kurort
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad und Mineralheilbad
Staffelstein	96226	Bad Staffelstein	G	Heilbad
Steben	95138	Bad Steben	G	Heilbad
Stützerbach	98714	Stützerbach	Stützerbach	Kneippkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Suderode	06507	Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	(Moor- u. Sole-)Heilbad
Sulza	99518	Bad Sulza	Bad Sulza	Sole-Heilbad
T				
Tabarz	99891	Tabarz	G	Kneipp-Kurort
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zavelstein	75385	Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268	Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Thyrnau	94136	Thyrnau	B - Sanatorium Kellberg	Mineralquellen-Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
Todtmoos	79682	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646	Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Moorheilbad und Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B - Altmühltherme/Lambertusbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Triberg	78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U				
Überkingen	73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
V				
Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Varel	26316	Varel	B - Dangast	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Heilbad
Villingen-Schwenningen	78050	Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
W				
Waldbronn	76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486	Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414	Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heilquelle)
Warmbad	09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996	Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wieda	37447	Wieda	Wieda	Heilklimatischer Kurort
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildemann	38709	Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	34537	Bad Wildungen	K	Heilbad
Willingen	34508	Willingen (Upland)	a) K b) Usseln	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort und Heilbad Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	Thermal- und Moorheilbad
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-)Heilbad
Windsheim	91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimermühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946	Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wünnenberg	33181	Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-)Heilbad
Wyk a. F.	25938	Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad
Z				
Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Seeheilbad
Zwesten	34596	Zwesten	K	Heilbad und Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Heilbad

* B = Einzelkurbetrieb
G = gesamtes Gemeindegebiet
K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

2. Register der Kurorte (Ortsteile),

die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an anderer Stelle aufgeführt sind

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
A	
Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Siegsdorf
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing
Alschbach	Blieskastel
Altastenberg	Winterberg
Anatswald	Oberstdorf
An den Heilquellen	Freiburg
Agering	Füssing
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach
B	
Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Bernwies	Heilbrunn
Berg	Stuttgart
Birgsau	Oberstdorf
Blenhorst	Balge
Bockswiese	Goslar
Bodendorf	Sinzig
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Bruck	Hindelang
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn

Kurort ohne Zusatz „Bad“

aufgeführt bei

C	
Cannstadt	Stuttgart
D	
Dangast	Varel
Detfurth	Salzdetfurth
Dietersberg	Oberstdorf
Dobra	Liebenwerda
Dürnöd	Füssing
E	
Ebene	Oberstdorf
Eckarts	Brückenaue
Eckenhagen	Reichshof
Egg	Grönenbach
Egglfing a. Inn	Füssing
Einödsbach	Oberstdorf
Eisenbartling	Endorf
Eitlöd	Füssing
Eldern	Ottobeuren
Elkeringhausen	Winterberg
Erbach	Wimpfen
F	
Faistenoy	Oberstdorf
Faulenbach	Füssen
Faulenfürst	Schluchsee
Fischbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickeröd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
G	
Gailenberg	Hindelang
Gemünd	Schleiden
Germete	Warburg
Gerstruben	Oberstdorf

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei	Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Glashütte	Schieder	Kreuzbühl	Grönenbach
Gmeinschwenden	Grönenbach	Krummsee	Malente
Gögging	Füssing	Kurf	Endorf
Gögging	Neustadt a. d. Donau	Kutschenrangen	Berneck
Gottenried	Oberstdorf		
Graben	Heilbrunn	L	
Greit	Grönenbach	Langau	Heilbrunn
Gremsmühlen	Malente	Langenbach	Marienberg
Grenier	Königsfeld	Langenbrücken	Schönborn
Griesbach	Peterstal-Griesbach	Lautzkirchen	Blieskastel
Groß	Hindelang	Lichtental	Baden-Baden
Gruben	Oberstdorf	Liebenstein	Hindelang
Gundsbach	Oberstdorf	Linden	Heilbrunn
H		M	
Hahnenklee	Goslar	Maasdorf	Liebenwerda
Hartenthal	Wörishofen	Manneberg	Grönenbach
Harthausen	Aibling	Meinberg	Horn
Hausberge	Porta Westfalica	Mettnau	Radolfzell
Heiligendamm	Doberan	Mingolsheim	Schönborn
Herbisried	Grönenbach	Mitterreuthen	Füssing
Hermannsborn	Driburg	Monheimsallee	Aachen
Hiddesen	Detmold	Mürnsee	Heilbrunn
Hinterstallau	Heilbrunn		
Hinterstein	Hindelang	N	
Höhenhöfe	Wimpfen	Neuhaus	Holzminden
Hofham	Endorf	Neutrauchburg	Isny
Hohegeiß	Braunlage	Niederholz	Grönenbach
Hoheneck	Ludwigsburg	Niendorf	Timmendorfer Strand
Holm	Schönberg		
Holzhäuser	Füssing	O	
Holzhaus	Füssing	Oberbuchen	Heilbrunn
Holzhausen	Preußisch Oldendorf	Oberdorf	Hindelang
Hopfen am See	Füssen	Oberenzenau	Heilbrunn
Hopfenberg	Petershagen	Oberes Hart	Wörishofen
Horumersiel	Wangerland	Oberfischbach	Tölz
Hub	Füssing	Obergammenried	Wörishofen
Hub	Heilbrunn	Oberjoch	Hindelang
Hueb	Grönenbach	Obermühl	Heilbrunn
		Oberreuthen	Füssing
I		Obersteinbach	Heilbrunn
Imnau	Haigerloch	Obertal	Baiersbronn
In der Tarrast	Grönenbach	Ölmühle	Grönenbach
Irching	Füssing	Oos	Baden-Baden
		Ostfeld	Heilbrunn
J		Ostrau	Schandau
Jauchen	Oberstdorf		
Jordanbad	Biberach	P	
		Pichl	Füssing
K		Pimsöd	Füssing
Kalkofen	Abbach	Poinzaun	Füssing
Kellberg	Thyrnau		
Kibling	Reichenhall	R	
Kiensee	Heilbrunn	Rachental	Endorf
Kleinwindsheimermühle	Windheim	Ramsau	Heilbrunn
Klevers	Grönenbach	Randringhausen	Bünde
Kornofen	Grönenbach	Raupolz	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf	Rechberg	Grönenbach
Kosilenzien	Liebenwerda	Reckenberg	Hindelang

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Reichenbach	Waldbrunn
Reindlschmiede	Heilbrunn
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing
Riedle	Hindelang
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau
Rothenstein	Grönenbach
Rothenuffeln	Hille
S	
Safferstetten	Füssing
Saig	Lenzkirch
Salzburg	Neustadt a. d. Saale
Salzhausen	Nidda
Salzig	Boppard
Sand	Emstal
Schieferöd	Füssing
Schillig	Wangerland
Schöchlöd	Füssing
Schönau	Heilbrunn
Schöneschach	Wörishofen
Schwand	Oberstdorf
Schwarzenberg-Schönmünzach	Baiersbronn
Schwenden	Grönenbach
Sebastiansweiler	Mössingen
Seebruch	Vlotho
Seefeld	Grönenbach
Senkelteich	Vlotho
Sohl	Elster
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf
T	
Thalau	Füssing
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andernach
Tönisstein	Burgbrohl
U	
Unterbuchen	Heilbrunn
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Unterjoch	Hindelang
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterreuthen	Füssing
Usseln	Willingen
V	
Valdorf-West	Vlotho
Voglherd	Heilbrunn

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Voglöd	Füssing
Vorderhindelang	Hindelang
W	
Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt
Walkmühle	Windsheim
Warmbad	Wolkenstein
Warmeileithen	Berneck
Weghof	Griesbach
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weitherweber	Heilbrunn
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Wörnern	Heilbrunn
Würding	Füssing
Z	
Zeitlofs	Brückenau
Zeischa	Liebenwerda
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing
Zinnheim	Marienberg
Zwicklarn	Füssing

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

Kurortverzeichnis EU-Ausland

Frankreich
Aix-les-Bains
Amèlie-les-Bains
Cambo-les-Bains
La Roche-Posay

Italien
Abano Terme
Galzignano
Ischia
Montegrotto

Österreich
Badgastein
Bad-Hall in Tirol
Bad Hofgastein
Bad Schönau
Oberlaa

Polen
Bad Flinsberg/Swieradow-Zdroj

Rumänien

Bad Felix/Baile Felix

Slowakei

Piestany

Turcianske Teplice

Tschechien

Bad Belohrad/Lazne Belohrad

Bad Joachimsthal/Jachymov

Bad Teplitz/Lazne Teplice v Cechach

Franzensbad/Frantiskovy Lazne

Johannisbad/Janske Lazne

Karlsbad/Karlovy Vary

Konstantinsbad/Konstantinovy Lazne

Luhacovice

Marienbad/Marianske Lazne

Ungarn

Bad Heviz

Bad Zalakaros

Bük

Hajduszoboszlo

Komarom

Sarvar

Kurortverzeichnis Ausland**Ortsnamen am Toten Meer**

Ein Boqeq

Salt Land Village

Sdom

Anhang 8

(VwV zu § 41 Abs. 3 BBhV)

Vom BMI ausnahmsweise zugelassene Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen**1. Gen-Test bei erhöhtem Krebsrisiko für erblich belastete Frauen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko**

Entstandene Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung werden mit nachstehenden Pauschalen beihilfefähig anerkannt, wenn diese Untersuchungen in den aufgeführten Zentren durchgeführt wurden.

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

Einmalige Pauschale in Höhe von 700 Euro pro Familie. Diese umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus beinhaltet die Pauschale auch die mögliche Beratung weiterer Familienmitglieder.

2. Genanalyse

Pauschale in Höhe von **5 900 Euro** für einen Indexfall (an Brust- und/oder Eierstockkrebs Erkrankte) und **360 Euro**, wenn es sich bei der Ratsuchenden um eine gesunde Frau handelt und diese nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht wird.

Die Genanalyse wird bei den Indexfällen durchgeführt. Dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Frau zugerechnet werden. Dagegen werden die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden Genanalyse der Indexpatientin der gesunden Ratsuchenden zugerechnet. Ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexpatientin mehr ableiten lässt, die Genanalyse also keinen diagnostischen Charakter hat. Eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zu attestieren.

3. Früherkennungsmaßnahmen

Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm in Höhe von **580 Euro** einmal pro Jahr. Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen.

Zentren

- Charité/Max Dellbrück-Centrum für Molekulare Medizin Berlin
- Universität Düsseldorf
- Universität Dresden
- Medizinische Hochschule Hannover
- Universität Heidelberg

- Universität Kiel
- Universität Köln
- Universität Leipzig
- Universität München
- Universität Münster
- Universität Ulm
- Universität Würzburg

2. Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz

Anhang 9
(zu Nr. 35.1.6.1)

Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 i. d. F. vom 1. Januar 2007

Um sicherzustellen, dass Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX im Rahmen der für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften nach einheitlichen Grundsätzen erbracht bzw. gefördert werden, treffen die Rehabilitationsträger

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die gesetzlichen Unfallversicherungsträger
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte
- die Träger der Kriegsopferversorgung

und

- der Bundesselbsthilfverband für Osteoporose e. V.
- der Deutsche Behindertensportverband e. V.
- die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V.
- die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

unter Beteiligung

- der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und
- des Weibernetzes e. V.

nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die folgende Rahmenvereinbarung.

Ihren Beitritt zur Rahmenvereinbarung haben außerdem erklärt:

- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V.
- Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e. V.
- Deutsche Parkinson Vereinigung e. V.
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e. V.

1 Zuständigkeit der Rehabilitationsträger

- 1.1 Die Rehabilitationsträger erbringen Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 SGB V, § 28 SGB VI, § 39 SGB VII, § 10 Abs. 1 ALG sowie Leistungen nach § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 BVG¹, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.² Diese Rehabilitationsziele orientieren sich im Sinne der ICF an dem gesamten Lebenshintergrund der betroffenen Menschen.

¹ BVG - Bundesversorgungsgesetz, SGB - Sozialgesetzbuch, ALG - Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte.

² Versehrtenleibesübungen sind nicht Gegenstand dieser Rahmenvereinbarung; für die Versehrtenleibesübungen gilt § 10 Abs. 3 BVG.

- 1.2 Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn bereits während dieser Leistung die Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining vom Arzt/von der Ärztin der Rehabilitationseinrichtung festgestellt worden ist und der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch den Rehabilitationssport/das Funktionstraining innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnt.
- 1.3 Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining ergänzend zu medizinischen Maßnahmen und im Anschluss an diese, im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie auch im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- 1.4 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind nicht als Ersatz für unzureichende Angebote an Spiel- und Sportmöglichkeiten in Einrichtungen der Behindertenhilfe, im Kindergarten, im allgemeinen Sportunterricht, in Sondergruppen außerhalb des Schulbetriebs und an der Hochschule zu verordnen.
- 1.5 Durch diese Rahmenvereinbarung unberührt bleiben die Durchführung von Breiten-, Freizeit- und Leistungssport behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen sowie die Zuständigkeit für die Ausbildung des bei der Durchführung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings notwendigen Personals.

2 Ziel, Zweck und Inhalt des Rehabilitationssports

- 2.1 Rehabilitationssport kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen³ in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Ziffer 15.1 ist zu beachten.
- 2.2 Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein.
- 2.3 Ziel ist, ihre Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat das Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken und ihn zum langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining - z. B. durch weiteres Sporttreiben in der bisherigen Gruppe bzw. im Verein auf eigene Kosten - zu motivieren.
- 2.4 Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Auch Maßnahmen, die einem krankheits-/behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (z. B. Entspannungsübungen), sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen können Bestandteil des Rehabilitationssports sein. Die einzelnen Maßnahmen sind dabei auf die Erfordernisse der Teilnehmer/-innen abzustellen.
- 2.5 Maßnahmen des Rehabilitationssports beinhalten bei Bedarf auch spezielle Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, deren Selbstbewusstsein als Folge der Behinderung oder drohenden Behinderung eingeschränkt ist und bei denen die Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports erreicht werden kann.⁴

3 Ziel, Zweck und Inhalt des Funktionstrainings

- 3.1 Funktionstraining kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen⁵ in Betracht, um sie unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Insbesondere kann Funktionstraining bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane angezeigt sein. Ziffer 15.1 ist zu beachten.
- 3.2 Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Funktionstraining ist organorientiert.

³ Zu diesen Personenkreisen gehören i. S. d. Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

⁴ Die Vereinbarungspartner werden über entsprechende Konzeptionen beraten, sobald geeignete Vorschläge vorliegen.

⁵ Zu diesen Personenkreisen gehören i. S. d. Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist.

- 3.3 Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken und ihn zum langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms auf eigene Kosten, z. B. durch die weitere Teilnahme an Bewegungsangeboten, zu motivieren.
- 3.4 Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe unter fachkundiger Leitung vor allem durch Physiotherapeuten/-innen/Krankengymnasten/-innen im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Daneben können Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen und von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens Bestandteil des Funktionstrainings sein.

4 Leistungsumfang/Dauer/Leistungsausschlüsse

- 4.1 Die Erforderlichkeit für Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung ist grundsätzlich so lange gegeben, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltungen auf die fachkundige Leitung des/der Übungsleiter/-in/Therapeuten/-in angewiesen ist, um die in Ziffer 2.3 und Ziffer 3.3 genannten Ziele zu erreichen. Die Notwendigkeit für Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining kann erneut nach ambulanten oder stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestehen.
- 4.2 In der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte werden Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Regel bis zu 6 Monaten, längstens bis zu 12 Monaten, übernommen. Eine längere Leistungsdauer als 6 Monate ist möglich, wenn dieses aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Dies kann der Fall sein, wenn:
- bei einer schweren chronischen Herzkrankheit weiterhin ärztliche Aufsicht erforderlich ist oder
 - eine eigenverantwortliche Durchführung des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings krankheits-/behinderungsbedingt nicht oder noch nicht möglich ist, weil z. B. wegen der Veränderungen des Krankheitsbildes eine ständige Anpassung der Übungen erforderlich ist.
- 4.3 Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Dauer des Anspruchs auf Rehabilitationssport/Funktionstraining grundsätzlich nicht begrenzt. Auch eine wiederholte Gewährung von Rehabilitationssport/Funktionstraining ist daher möglich. Dies kommt insbesondere in Betracht bei:
- schweren Mobilitätsbehinderungen (Cerebralparese, Querschnittlähmung, Amputation, schwere Schädel-Hirnverletzung oder Lähmung von Gliedmaßen, u. a. Bein oder Arm),
 - Erblindung.
- 4.4 In der gesetzlichen Krankenversicherung werden Rehabilitationssport und Funktionstraining längstens für die in den Ziffern 4.4.1 bis 4.4.3 genannten Zeiträume erbracht. Ausnahmen gelten lediglich für die in Ziffer 4.4.4 aufgeführten Fälle. Leistungen anderer Rehabilitationsträger, die im zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der beantragten Leistung stehen, werden auf den Leistungsumfang nach Ziffern 4.4.1 bis 4.4.4 angerechnet.
- 4.4.1 Rehabilitationssport: In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports 50 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 18 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei folgenden Krankheiten kann wegen der häufig schweren Beeinträchtigungen der Mobilität oder Selbstversorgung im Sinn der ICF sowie der erforderlichen komplexen Übungen ein erweiterter Leistungsumfang von insgesamt 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten notwendig sein und bewilligt werden:
1. Infantile Zerebralparese
 2. Querschnittlähmung, schwere Lähmungen (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
 3. Doppelamputation von Gliedmaßen (Arm/Arm, Bein/Bein, Arm/Bein)
 4. Organische Hirnschädigungen durch:
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - Tumore
 - Infektion (Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS)
 - vaskulären Insult (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit)
 5. Multiple Sklerose
 6. Morbus Parkinson
 7. Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)
 8. Glasknochen (Osteogenesis imperfecta)
 9. Muskeldystrophie

10. Marfan-Syndrom
11. Asthma bronchiale
12. Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
13. Mukoviszidose (zystische Fibrose)
14. Polyneuropathie
15. Dialysepflichtiges Nierenversagen (terminale Niereninsuffizienz).

Auch bei therapieresistenter Epilepsie kann wegen der besonderen Anforderungen an die individuelle Betreuung der erweiterte Leistungsumfang von 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten notwendig sein. Ebenso kann bei einer in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworbenen Blindheit beider Augen wegen der schwierigen und zu erlernenden Orientierung im Raum dieser erweiterte Leistungsumfang in Betracht kommen.

4.4.2 Rehabilitationssport in Herzgruppen:

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports in Herzgruppen bei chronischen Herzkrankheiten 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 30 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei herzkranken Kindern und Jugendlichen beträgt der Leistungsumfang 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten.

Folgeverordnungen sind möglich bei

- reduzierter links ventrikulärer Funktion ($EF^6 < 40\%$) und eingeschränkter Dauerbelastbarkeit (= maximale ergometrische Belastbarkeit abzüglich 30%) $\leq 0,75$ W/kg Körpergewicht (Nachweise nicht älter als 6 Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder
- symptomlimitierter Dauerbelastbarkeit auf Werte $\leq 0,75$ W/kg Körpergewicht (Nachweise nicht älter als 6 Monate) aufgrund von Ischämiekriterien (belastungsabhängige Angina pectoris oder ST-Streckensenkungen bei nicht revaskularisierbaren Patienten).

Der Leistungsumfang beträgt je Folgeverordnung 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 30 Monaten in Anspruch genommen werden können.

Rehabilitationssport im Leistungsumfang nach Satz 1 kann nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung erneut in Betracht kommen:

- nach akutem Herz-Kreislaufstillstand,
- nach transmuralem Herzinfarkt,
- nach instabiler Angina pectoris (Non-Stemi-Infarkt),
- nach Bypassoperation,
- nach Herztransplantation und
- bei Zustand nach ICD (Implantierbarer Kardioverterdefibrillator).

Näheres ist in den Empfehlungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) vom 24. Juli 2003 geregelt. Hinsichtlich der Besonderheiten des Rehabilitationssports mit herzkranken Kindern ist das DGPR-Positionspapier „Die Kinderherzgruppe (KHG)“ vom Oktober 2005 zu beachten.

4.4.3 Funktionstraining:

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Funktionstrainings 12 Monate. Bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch chronisch bzw. chronisch progredient verlaufende entzündlich rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Psoriasis-Arthritis), schwere Polyarthrosen, Kollagenosen, Fibromyalgie-Syndrome und Osteoporose beträgt der Leistungsumfang 24 Monate.

4.4.4 Eine längere Leistungsdauer ist nur möglich, wenn die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung wegen geistiger oder psychischer Krankheiten/Behinderungen, die selbstgesteuerte Aktivitäten zur Durchführung des Übungsprogramms nicht ermöglichen, nicht oder noch nicht gegeben ist. In diesen Fällen erfolgen die Erst- bzw. ggf. weitere notwendige Folgeverordnung(en) bei Rehabilitationssport für 120 Übungseinheiten in 36 Monaten, in Herzgruppen für 90 Übungseinheiten in 30 Monaten, bei Funktionstraining für 24 Monate.

4.5 Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung sind nicht Übungen ohne medizinische Notwendigkeit, die lediglich der Erzielung oder Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen dienen (z. B. freies Schwimmen an sogenannten Warmbadetagen).

⁶ Ejektionsfraktion (Herzauswurfsleistung)

- 4.6 Rehabilitationssport ist kein Leistungssport. Das schließt Leistungsvergleiche unter Teilnehmern/-innen an einer Übungsveranstaltung nicht aus.
- 4.7 Vom Rehabilitationssport und Funktionstraining ausgeschlossen sind Maßnahmen, die vorrangig oder ausschließlich:
- auf Beratung und Einübung von Hilfsmitteln abzielen (z. B. Rollstuhlkurse),
 - Übungen an technischen Geräten, z. B. Sequenztrainingsgeräten, beinhalten,
 - Selbstverteidigungsübungen und Übungen aus dem Kampfsportbereich umfassen.

5 Rehabilitationssportarten

5.1 Rehabilitationssportarten sind:

- Gymnastik,
- Leichtathletik,
- Schwimmen,
- Bewegungsspiele in Gruppen, soweit es sich um Übungen handelt, mit denen das Ziel des Rehabilitationssports erreicht werden kann.

Geeignete Übungsinhalte anderer Sportarten können in die Übungsveranstaltungen eingebunden werden (z. B. Elemente aus Judo, Karate, Taekwan-Do, Jiu-Jitsu, Entspannungsübungen). Dies gilt auch für eigenständige Übungsveranstaltungen, z. B. zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen.

5.2 Die Rehabilitationsträger können weitere Rehabilitationssportarten anerkennen, wenn das Ziel des Rehabilitationssports durch die in Ziffer 5.1 genannten Rehabilitationssportarten nicht erreicht werden kann (z. B. Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl, Sportkegeln für blinde Menschen).

5.3 Für eine Anerkennung als Rehabilitationssport kommen nicht in Betracht:

- Kampfsportarten und Sportarten der Selbstverteidigung (z. B. Boxen, Kickboxen, Ringen, Judo, Karate, Taekwan-Do, Jiu-Jitsu),
- Sportarten, bei denen eine erhöhte Verletzungsgefahr oder ein anderes gesundheitliches Risiko besteht,
- Sportarten, die gemessen an den Kosten für den Rehabilitationssport im Sinne der Ziffer 5.1 einen unverhältnismäßig hohen finanziellen Aufwand erfordern.

6 Funktionstrainingsarten

Funktionstrainingsarten sind insbesondere:

- Trockengymnastik,
- Wassergymnastik.

7 Durchführung des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

7.1 Die Durchführung des Rehabilitationssports obliegt in der Regel den örtlichen Rehabilitationssportgruppen, die über die Landesbehinderten-Sportverbände dem Deutschen Behinderten-Sportverband (DBS) angehören. Auch andere Organisationen (z. B. die Mitgliedsvereine der Landessportbünde bzw. deren Fachverbände, die Mitglieder der Landesorganisationen der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen - DGPR) können den Rehabilitationssport durchführen.

7.2 Die Durchführung des Funktionstrainings obliegt in der Regel den örtlichen Arbeitsgemeinschaften, die über die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga angehören. Auch andere Selbsthilfegruppen (z. B. Selbsthilfegruppen des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew) können das Funktionstraining durchführen.

8 Anerkennung und Überprüfung der Rehabilitationssportgruppen

8.1 Rehabilitationssportgruppen bedürfen der Anerkennung. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien (vgl. Anlage).

8.2 Die Anerkennung dieser Gruppen erfolgt grundsätzlich durch die Landesverbände des DBS. Bei Herzgruppen wird die Anerkennung auch durch die Landesorganisationen der DGPR ausgesprochen.

8.3 Die Anerkennung kann auch durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene aller am Rehabilitationssport beteiligten Rehabilitationsträger, Verbände und Institutionen erfolgen.

- 8.4 Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen, die nicht Mitglied in einem/r Landesverband/-organisation des DBS bzw. der DGPR sind, erfolgt durch die Rehabilitationsträger bzw. Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene.
- 8.5 Die Anerkennung kann durch vertragliche Regelungen auf Dritte übertragen werden.
- 8.6 Die Ziffern 8.2 bis 8.4 gelten, sofern nicht ein Rehabilitationsträger sich die Anerkennung vorbehält.
- 8.7 Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Rehabilitationssports erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Rehabilitationssportgruppen verantwortlich sind. Ziffer 19.1 ist zu beachten. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger berechtigt, die ordnungsgemäße Durchführung des Rehabilitationssports im Einzelfall zu prüfen.
- 8.8 Die anerkannten Gruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu melden.

9 Anerkennung und Überprüfung von Funktionstrainingsgruppen

- 9.1 Funktionstrainingsgruppen bedürfen der Anerkennung. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien (vgl. Anlage).
- 9.2 Bei Rheuma-Funktionstrainingsgruppen wird die Anerkennung grundsätzlich durch die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga ausgesprochen.
- 9.3 Die Anerkennung kann auch durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene aller am Funktionstraining beteiligten Rehabilitationsträger, Verbände und Institutionen erfolgen.
- 9.4 Die Anerkennung von Funktionstrainingsgruppen, die nicht einem Mitgliedsverband der Deutschen Rheuma-Liga angehören, erfolgt durch die Rehabilitationsträger bzw. durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene.
- 9.5 Die Anerkennung kann durch vertragliche Regelungen auf Dritte übertragen werden.
- 9.6 Die Ziffern 9.2 bis 9.4 gelten, sofern nicht ein Rehabilitationsträger sich die Anerkennung vorbehält.
- 9.7 Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Funktionstrainings erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Funktionstrainingsgruppen verantwortlich sind. Ziffer 19.1 ist zu beachten. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger berechtigt, die ordnungsgemäße Durchführung des Funktionstrainings im Einzelfall zu prüfen.
- 9.8 Die anerkannten Gruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu melden.

10 Übungsgruppen für Rehabilitationssport, Dauer der Übungseinheiten

- 10.1 Beim Rehabilitationssport beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in; geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen.

Bei der Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen bestimmt der/die betreuende Arzt/Ärztin die Teilnehmerzahl, die nicht größer als 20 sein darf.

Sofern Menschen mit Blindheit, Doppelamputation, Hirnverletzung, behinderte Menschen mit schweren Lähmungen oder andere schwerstbehinderte Menschen Rehabilitationssport in spezifischen Übungsgruppen durchführen, sollen diesen nicht mehr als 7 Teilnehmer/-innen angehören.

- 10.2 Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und für Jugendliche sind möglichst altersgerechte Übungsgruppen zu bilden. Die Zahl der Teilnehmer/-innen einer Übungsgruppe für Kinder soll 10, bei schwerstbehinderten Kindern 5 nicht übersteigen. Für Jugendliche gilt hinsichtlich der Gruppengröße Ziffer 10.1 entsprechend. Von den Rehabilitationssportgruppen ist die für die Sicherheit der Kinder und Jugendlichen während ihres Aufenthaltes in der Übungsstätte notwendige zusätzliche Vorsorge zu treffen.
- 10.3 Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 45 Minuten, beim Rehabilitationssport in Herzgruppen mindestens 60 Minuten betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.

11 Übungsgruppen für Funktionstraining, Dauer der Übungseinheiten

- 11.1 Beim Funktionstraining beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmer/-innen je Therapeut/-in/Übungsleiter/-in. Geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabili-

tationsträgern zu begründen. In Abhängigkeit von Erkrankung und Therapieziel sollen erforderlichenfalls spezielle Übungsgruppen gebildet werden.

- 11.2 Ziffer 10.2 gilt entsprechend.
- 11.3 Trocken- und Wassergymnastik können sich ergänzen; sofern beide Formen medizinisch erforderlich sind, sollen sie an jeweils verschiedenen Wochentagen stattfinden.
- 11.4 Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 30 Minuten bei Trockengymnastik bzw. grundsätzlich mindestens 15 Minuten bei Wassergymnastik betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.

12 Ärztliche Betreuung/Überwachung des Rehabilitationssports

- 12.1 Grundsätzlich erfolgen die ärztliche Betreuung und Überwachung des einzelnen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen auch im Hinblick auf den Rehabilitationssport durch den behandelnden/verordnenden Arzt/die behandelnde/verordnende Ärztin. Die Betreuung der Rehabilitationssportgruppen erfolgt durch einen Arzt/eine Ärztin, der/die die Teilnehmer/-innen und die/den Übungsleiter/-in bei Bedarf während der Übungsveranstaltung berät. Dieser Arzt/diese Ärztin informiert die/den behandelnde/n/verordnende/n Arzt/Ärztin über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports, sofern dies für die Verordnung/Behandlung von Bedeutung ist.
- 12.2 Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen ist die ständige, persönliche Anwesenheit eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin während der Übungsveranstaltungen erforderlich. Mit der ärztlichen Betreuung und Überwachung des Rehabilitationssports in Herzgruppen sind auf dem Gebiet des Rehabilitationssports erfahrene Ärzte/Ärztinnen zu beauftragen. Ihre Aufgabe ist es,
 - auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde die auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abgestimmten Übungen festzulegen,
 - zu Beginn jeder Übungsveranstaltung ist die Belastbarkeit durch Befragung festzustellen und zu berücksichtigen; ggf. sind dem/der Übungsleiter/-in entsprechende Anweisungen zu erteilen,
 - während der Übungen die Teilnehmer/-innen zu überwachen,
 - den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zu beraten.

Die Belastungsvorgaben einschließlich der Befunde sowie besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. sind schriftlich zu dokumentieren.

Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten zusätzlich die mit den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger abgestimmten Richtlinien der DGPR.

13 Leitung des Rehabilitationssports

- 13.1 Beim Rehabilitationssport müssen die Übungen von Übungsleitern/-innen geleitet werden, die aufgrund eines besonderen Qualifikationsnachweises - z. B. Fachübungsleiter/-in „Rehabilitationssport“ nach den Ausbildungsrichtlinien des DBS bzw. nach den Rahmen-Richtlinien für die Ausbildung im Bereich des Deutschen Olympischen Sportbundes - die Gewähr für eine fachkundige Anleitung und Überwachung der Gruppen bieten.
- 13.2 Die für den Rehabilitationssport mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Übungsleiter/-innen müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologisch-pädagogischen Fähigkeiten besitzen.
- 13.3 Eigenständige Übungsveranstaltungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen müssen von Übungsleiterinnen geleitet werden.

14 Leitung des Funktionstrainings

- 14.1 Beim Funktionstraining kommen für die Leitung der Trainingsgruppen vor allem Physiotherapeuten/-innen/Krankengymnasten/-innen mit speziellen Erfahrungen und spezieller Fortbildung für den Bereich der rheumatischen Erkrankungen/Osteoporose einschließlich Wassergymnastik und Atemgymnastik und mit Kenntnissen und Erfahrungen in der psychischen und pädagogischen Führung in Betracht. Sie müssen in der Lage sein, die Leistungsfähigkeit und die darauf abzustimmenden Übungen für den/die einzelnen Patienten/-in einzuschätzen.
- 14.2 Die Leitung der Funktionstrainingsgruppen kann auch von anderen qualifizierten Therapeuten/-innen (z. B. Diplomsporthelehrer/-innen, Masseur/-innen und Medizinische Bademeister/-innen) mit einer von den Rehabilitationsträgern anerkannten Fort-/Zusatzausbildung für das Funktionstraining wahrgenommen werden.

14.3 Die erforderliche ergotherapeutische Betreuung soll, insbesondere auch im Hinblick auf die Beratung über Ausstattung und Einübung im Gebrauch von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens, gewährleistet sein. Zu beachten ist Ziffer 3.4.

14.4 Die für Funktionstraining mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Therapeuten/-innen müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologisch-pädagogischen Fähigkeiten besitzen.

15 Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining

15.1 Rehabilitationssport und Funktionstraining werden bei Bedarf von dem behandelnden Arzt/der Ärztin verordnet. Für die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte kann Rehabilitationssport und Funktionstraining auch durch den Arzt/die Ärztin der Rehabilitationseinrichtung verordnet werden. Ziffer 1.2 ist zu beachten.

15.2 Die Verordnung muss enthalten:

1. die Diagnose nach ICD 10, ggf. die Nebendiagnosen, soweit sie Berücksichtigung finden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit haben,
2. die Gründe und Ziele, weshalb Rehabilitationssport/Funktionstraining erforderlich ist; dazu sind auch Angaben über die vorliegenden Funktionseinschränkungen und zur psychischen und physischen Belastbarkeit zu machen,
3. die Dauer des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings,
4. eine Empfehlung für die Auswahl der für die Behinderung geeigneten Rehabilitationssportart bzw. Funktionstrainingsart, bei Herzgruppen die Empfehlung zur Übungs- oder Trainingsgruppe sowie Empfehlungen für besondere Inhalte des Rehabilitationssports, z. B. Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen.

15.3 Die einzelne Verordnung erstreckt sich im Allgemeinen auf bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche; sie gilt nur für den vom verordnenden Arzt/von der verordnenden Ärztin für notwendig erachteten Zeitraum, für die gesetzliche Krankenversicherung längstens für den in Ziffer 4.4.1 bis 4.4.4 genannten Zeitraum, für die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte längstens für den in Ziffer 4.2 genannten Zeitraum.

15.4 Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining jeweils für ein halbes Jahr auszustellen. In Ausnahmefällen kann dieser Zeitraum bis zu einem Jahr betragen.

15.5 Die Ziffern 15.2 bis 15.4 gelten auch für eine Folgeverordnung.

15.6 Die Verordnung von Rehabilitationssport ausschließlich wegen mangelnden Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen ist nicht indiziert.

16 Bewilligung, Übertragung, Auswahl der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe

16.1 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind vor dem Beginn durch den Rehabilitationsträger zu bewilligen. Dies gilt auch für Folgeverordnungen.

16.2 Nimmt ein behinderter oder von Behinderung bedrohter Mensch an den ihm für einen bestimmten Zeitraum bewilligten Übungsveranstaltungen nicht teil, ist eine Übertragung auf einen späteren Zeitraum grundsätzlich nicht zulässig.

16.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining sind in der Regel in der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe durchzuführen, die dem Wohn- oder Arbeitsort des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen am nächsten gelegen ist, es sei denn, dass bei dieser Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe die ärztlich verordneten Übungen nicht durchgeführt werden oder der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch aus sonstigen Gründen diese Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe nicht in Anspruch nehmen kann. Seinen berechtigten Wünschen ist zu entsprechen. Hierbei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

17 Kostenregelung

17.1 Die Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining wird in der Regel zwischen den Bundes-/Landesorganisationen der Träger von Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen und den Rehabilitationsträgern vertraglich geregelt. Die Vergütungen können pauschaliert werden.

17.2 Die Träger der Rehabilitationssportgruppen bzw. Funktionstrainingsgruppen haben eine pauschale Unfallversicherung für die Teilnehmer/-innen an den Übungsveranstaltungen abzuschließen, sofern nicht bereits eine Sportversicherung besteht.

- 17.3 Die Rehabilitationsträger übernehmen für die persönliche Sportbekleidung und -ausrüstung (z. B. Trainingsanzug, Sporthemd, Sporthose, Sportschuhe, Badebekleidung, Schläger) keine Kosten. Die für die Durchführung im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel sowie deren für die Ausübung des Rehabilitationssports/des Funktionstrainings notwendige Anpassung werden nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen erbracht. Die für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining notwendigen Sport-/Trainingsgeräte sind von der Rehabilitationssportgruppe/der Funktionstrainingsgruppe zu stellen. Die Kosten ihrer Anschaffung oder Benutzung werden durch die für die Übungsveranstaltungen zu zahlende Vergütung nach Ziffer 17.1 abgegolten.
- 17.4 Die Rehabilitationsträger begrüßen eine Mitgliedschaft in den Rehabilitationssportgruppen bzw. Funktionstrainingsgruppen auf freiwilliger Basis, um die eigenverantwortliche Durchführung des Bewegungstrainings zu fördern und nachhaltig zu sichern. Eine Mitgliedschaft in der Gruppe, Selbsthilfegruppe oder im Verein ist jedoch für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining für die Dauer der Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers nicht verpflichtend.
- 17.5 Es ist nicht zulässig, neben der Vergütung des Rehabilitationsträgers für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen etc. von den Teilnehmer/-innen zu fordern.

Mitgliedsbeiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft sind möglich.

18 Abrechnungsverfahren

- 18.1 Die Abrechnung für die Teilnahme an den Übungsveranstaltungen erfolgt grundsätzlich zwischen dem Rehabilitationsträger und dem Träger der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe. Die Abrechnung durch von den Leistungserbringern beauftragte Dritte ist möglich (z. B. im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V).
- 18.2 Der Teilnahmenachweis hat durch Unterschrift des/der Teilnehmers/-in für jede Übungsveranstaltung zu erfolgen. Abweichungen hiervon können vertraglich geregelt oder im Einzelfall mit dem Rehabilitationsträger abgesprochen werden.

19 Qualitätssicherung

- 19.1 Die Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistung verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- 19.2 Für die Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen. Näheres wird in den Verträgen nach Ziffer 17.1 zwischen den Beteiligten geregelt.

20 Inkrafttreten

- 20.1 Diese Rahmenvereinbarung tritt am 1. Januar 2007 in Kraft. Mit Inkrafttreten wird die „Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Fassung vom 1. Oktober 2003“ außer Kraft gesetzt.
- 20.2 Alle vor dem 1. Januar 2007 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining behalten ihre Gültigkeit.
- 20.3 Für alle ab 1. Januar 2007 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining gilt die vorliegende Rahmenvereinbarung. Sofern Rehabilitationssport und Funktionstraining zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2006 bereits in Anspruch genommen wurden, sind die Voraussetzungen für eine Folgeverordnung (vgl. Ziffern 4.4.2, 4.4.4 und 15.5) zu beachten.
- 20.4 Die Partner der Rahmenvereinbarung werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen prüfen, ob die Rahmenvereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen, insbesondere im Rahmen der Anwendung der ICF, verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss.
- 20.5 Die Rahmenvereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem Jahr, frühestens zum 31. Dezember 2009, schriftlich gegenüber den Vereinbarungspartnern gekündigt werden.
- 20.6 Bei Kündigung eines Vereinbarungspartners bleibt die Rahmenvereinbarung für die anderen Vereinbarungspartner unverändert bestehen.

Anlage zur Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport/Funktionstraining Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen/ Funktionstrainingsgruppen

1. Allgemeine Angaben

- Name, Anschrift des Trägers der Gruppe
- Ansprechpartner/-in der Gruppe (Name, Anschrift, Telefon)
- Institutionskennzeichen
- In welchem übergeordneten Verband/Organisation ist der Träger der Gruppe Mitglied?
- Anerkennung der Gruppe beantragt am ... ab ...
- Angabe der Rehabilitationssportart/Funktionstrainingsart - anerkannt? Ab wann?
- Ort, Zeit und Dauer der Übungsveranstaltung
- Werden Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen angeboten/durchgeführt? Wenn ja, in welcher Form? (Vorlage eines Konzeptes)

2. Angaben zu personellen Voraussetzungen

- Name, Anschrift der/s Übungsleiters/-in/Therapeuten/-in
- Nachweis der Qualifikation, Fort- bzw. Zusatzausbildung, gültige Übungsleiterlizenz
- Gültig bis ...; ausgestellt am .../durch ...
- Ist Zusatzausbildung anerkannt? (Curriculum?) Durch wen?

3. Angaben zu räumlichen Voraussetzungen/Ausstattung der Übungsstätten

- Größe der Übungsstätte
- Bei Warmwassertraining: Größe des Therapiebeckens und Wasserwärme
- Geräteausstattung, ggf. Sonderausstattung, spezielle Geräte oder Hilfsmittel
- Barrierefreiheit?

4. Gruppengröße/Zusammensetzung der Gruppen

- Gruppengröße? (maximal 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in/Therapeut/-in, bei Rehabilitationssport in Herzgruppen maximal 20 Teilnehmer/-innen)
- Gruppengröße bei Kindergruppen? (maximal 10 Kinder, bei schwerstbehinderten Kindern maximal 5 Kinder je Übungsleiter/-in)
- Gruppengröße bei schwerstbehinderten Menschen? (maximal 7 Personen je Übungsleiter/-in)
- ggf. besondere Voraussetzungen

5. Angaben zum Unfallversicherungsschutz

- Ist eine Unfallversicherung abgeschlossen? (Die Vorlage des Versicherungsscheins bzw. der Nachweis einer Sportversicherung ist notwendig)

6. Angaben zur ärztlichen Betreuung/Überwachung in Herzgruppen

- Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen ständig anwesend zu sein (Name, Anschrift - schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub/Krankheit?
- Wird zu Beginn der Übungsveranstaltung eine Kurzanamnese (Medikamentenveränderung, Befindlichkeitsveränderung, ungewöhnliche Belastungen in Familie oder Beruf, Erkrankungen, insbesondere Infektionen) durchgeführt und Besonderheiten dokumentiert?
- Werden Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung abgefragt?
- Ist ein netzunabhängiger, tragbarer Defibrillator vorhanden? Letzte Kontrolle?
- Ist ein Notfallkoffer vorhanden?

7. Angaben zur ärztlichen Betreuung/Überwachung in Rehabilitationssportgruppen

- Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen bei Bedarf für Beratungen der Teilnehmer/-innen und der Übungsleiter/-innen zur Verfügung zu stehen (Name, Anschrift - schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub/Krankheit?

8. Angaben zur Notfallversorgung

- Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen Notdienst bzw. den notärztlichen Rettungsdienst (Notarzt/Notärztin) telefonisch zu erreichen (Telefon, Handy)?
- Nächst erreichbare/r Arzt/Ärztin?
- Nächstes Krankenhaus?

9. Dokumentation

- Wird eine Teilnehmerliste geführt? Wo kann diese eingesehen werden?
- Dokumentation der Übungsveranstaltungen (z. B. besondere Vorkommnisse)