



Amtsblatt für Brandenburg

Gemeinsames Ministerialblatt für das Land Brandenburg

16. Jahrgang

Potsdam, den 9. März 2005

Nummer 9

Inhalt	Seite
Ministerium der Finanzen	
Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach den Beihilfevorschriften des Bundes - Neufassung der Hinweise -	330
Ministerium für Ländliche Entwicklung, Umwelt und Verbraucherschutz	
Änderung der Richtlinie des Ministeriums für Landwirtschaft, Umweltschutz und Raumordnung über die Gewährung von Zuwendungen für die Förderung der integrierten ländlichen Entwicklung (ILE)	420
Landeswahlleiter	
Wahl zum 4. Landtag Brandenburg am 19. September 2004 - Rechnerische Richtigstellung des Wahlergebnisses im Wahlkreis 33 und Neufeststellung des Wahlergebnisses	421
Beilage: Amtlicher Anzeiger Nr. 9/2005	

**Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
nach den Beihilfevorschriften des Bundes
- Neufassung der Hinweise -**

Bekanntmachung des Ministeriums der Finanzen
- 45.4-3190-76 -
Vom 10. Januar 2005

Als Anlage wird die vom Bundesministerium des Innern mit Schreiben - DI 5 - 213 100 1/1f - vom 15. Dezember 2004 herausgegebene Neufassung der Hinweise zu den Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) bekannt gegeben. Die Neufassung berücksichtigt die seit der Bekanntmachung des Ministeriums der Finanzen vom 20. Dezember 2001 (ABl. 2002 S. 90) eingetretenen Änderungen. Die Vorschrift ist ab 1. Januar 2005 anzuwenden.

Auf folgende Änderungen, die im Vorgriff auf zu einem späteren Zeitpunkt beabsichtigte Änderungen des § 12 Abs. 1 BhV bereits jetzt vorgenommen wurden, wird besonders hingewiesen:

Hinweis 4 zu § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BhV

Danach findet der Mindestabzugsbetrag in Höhe von 5 Euro bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln keine Anwendung.

Hinweis 1 zu § 12 Abs. 1 Satz 2 BhV

Die psychotherapeutischen Leistungen werden den ärztlichen Leistungen gleichgestellt. Das bedeutet, dass eine Minderung der Beihilfe für psychotherapeutische Leistungen nicht in Betracht kommt, wenn im gleichen Kalendervierteljahr ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch genommen worden sind und die Beihilfe bereits um 10 Euro gemindert wurde.

Um Beachtung wird gebeten.

**Anlage
zum BMI-Rundschreiben
vom 15. Dezember 2004
- DI 5 - 213 100-1/1f -**

**Hinweise
zur Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in
Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
(Beihilfevorschriften - BhV -)**

Zu § 1

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

- 2 Die Vorschriften gelten sinngemäß für die in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis zum Bund stehenden Personen, soweit sie keine Ansprüche nach § 27 AbgG haben, und für die Versorgungsempfänger aus diesem Personenkreis.

Zu § 2

Zu Absatz 1

- 1 Die in Nummer 3 genannten Personen sind, soweit sie Ansprüche nach Absatz 2 haben, bereits von dem Tage an selbst beihilfeberechtigt, an dem der Beihilfeberechtigte stirbt.
- 2 Empfänger von Übergangsgeld nach § 47 BeamtVG sowie von Unterhaltsbeitrag auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.

Zu Absatz 2

- 1 Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen in Betracht § 22 Abs. 1 Satz 2, §§ 53 bis 56 und § 61 Abs. 2 und 3 BeamtVG, § 9a BBesG sowie § 10 Abs. 4 und 7 Personalrechtsgesetz.
- 2 Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub ohne Bezüge (UoB) nach § 17 Abs. 3 Sonderurlaubsverordnung (SoUrlV) von längstens einem Monat unberührt.

Zu Absatz 4

- 1 Nach § 27 Abs. 1 AbgG erhalten Mitglieder des Deutschen Bundestages und Versorgungsempfänger nach diesem Gesetz einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der BhV. Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt.
- 2 Soweit die Mitglieder des Deutschen Bundestages, die zugleich Mitglieder der Bundesregierung 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.
- 3 Mitglieder der Bundesregierung haben, wenn kein Anspruch nach § 27 Abs. 1 oder Abs. 2 AbgG besteht, Anspruch auf Beihilfen; dies gilt auch nach dem Ausscheiden aus ihrem Amt, sofern ein Anspruch auf Versorgungsbezüge besteht (vgl. Rundschreiben vom 17.12.1959, GMBI 1960 S. 13).

Zu § 3

Zu Absatz 1

- 1 Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 4 Abs. 3 zu beachten.
- 2 Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kin-

der. Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Familienzuschlag zusteht (z. B. Kinder von Beihilfeberechtigten, die Anspruch auf Anwärterbezüge haben) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden (vgl. hierzu § 4 Abs. 6, § 17 Abs. 3 Satz 3).

- 3 Solange der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt wird, bleiben die Kinder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig. Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird.
- 4 Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen demjenigen zu gewähren, bei dem der Betreffende bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger war.
- 5 Welchem Beihilfeberechtigten im Einzelfall die Beihilfe gewährt wird, ergibt sich aus § 17 Abs. 3 Satz 3.

Zu § 4

Zu Absatz 1

Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig. Absatz 1 stellt klar, aus welchem Rechtsverhältnis eine Beihilfe beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften zu gewähren ist.

Zu Absatz 2

- 1 Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne der Absätze 2 und 5 nicht ausgeschlossen. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. Beispiel: Eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. 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. Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin zu.
- 2 Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen (§ 5 Abs. 4 Nr. 7). Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.
- 3 Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeit-

beschäftigung als Arbeitnehmer ausüben und auf Grund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V bzw. keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist aus Fürsorgegründen Absatz 2 nicht anzuwenden. In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.

Zu Absatz 3

Die Hinweise zu den Absätzen 1 und 2 gelten entsprechend. Auf die Ausschlussregelung in § 5 Abs. 4 Nr. 3 wird hingewiesen.

Zu Absatz 5

Wird einem teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines Beamten der auf Grund Tarifvertrag zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen (z. B. § 5 Abs. 4 Nr. 3) erfüllt sind. Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund Tarifvertrag zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 5 Abs. 3 Satz 1). § 5 Abs. 4 Nr. 7 findet keine Anwendung. Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzung des § 9 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch des beamteten Ehegatten.

Zu § 5

Zu Absatz 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 Satz 2 GOÄ, § 1 Abs. 2 Satz 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ).
- 2 Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des § 10 beihilfefähig. Aufwendungen für andere vorbeugende Maßnahmen (z. B. ungezielte umfassende Untersuchungen - sog. check up) sind nicht beihilfefähig.
- 3 Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Fahr- und Unterkunftskosten (§ 6 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Buchstabe a) notwendig, wenn es sich um einen Problemfall handelt. Ein Problemfall liegt nur dann vor, wenn dies durch einen Arzt ausdrücklich bestätigt wird.
- 4.1 Die 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 zu Grunde zu legen sind. Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen

auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.

4.2 Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 5 Abs. 1 Satz 2) sind die Gebühren nach der GOÄ/GOZ auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt/Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet.

Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. Darin 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. Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden.

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

- Abschnitt B der GOÄ: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- bzw. 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.

Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren durch vertrauensärztliche Gutachter, sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.

5.1 Überschreitet 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, so kann sie nach § 5 Abs. 1 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. 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. Nr. 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nr. 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

5.2 Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt/Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer/Zahnärztekammer oder eines medizinischen/zahnmedizinischen Gutachters einzuholen.

5.3 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine 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 (vgl. Hinweis 1). Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinne 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 5.1 oder 5.2 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern zugelassen werden.

6 Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2a SGB V) beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standardtarifs zählen, nach § 5b GOÄ, § 5a GOZ und § 1 Abs. 1 GOP in Verbindung mit § 5b GOÄ.

7 Abrechnungen auf der Basis eines DKG-NT (Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft) sind in voller Höhe beihilfefähig.

8 Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen vergleiche die als Anhang 1 beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht.

9 Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. Wird das Einverständnis verweigert und kann die Berechtigung des Anspruchs nicht anderweitig nachgewiesen werden, wird eine Beihilfe nicht gewährt.

Zu Absatz 3

- 1 Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z. B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche auf Krankheitsfürsorge auf Grund Artikel 31 Abs. 2 des Statuts des Lehrpersonals der Europäischen Schulen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche nach dem BVG, und zwar auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.
- 2 Satz 3 findet Anwendung z. B. bei privatärztlicher Behandlung.
- 3 Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615a in Verbindung mit § 1610 Abs. 2, §§ 1615 ff. BGB). Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 5 Abs. 3 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. Daher kann die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.
- 4 Eine nach den BhV zustehende Beihilfe hat Vorrang vor den Leistungen nach dem BSHG (§ 2 Abs. 1 BSHG), auch wenn nach dem BSHG vorgeleistet wird. Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus dem Entschädigungsfonds für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 PflVG.
- 5 Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 5 Nr. 3 gehören nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr auf Grund des BVG gewährt werden.

Zu Absatz 4 Nr. 1

- 1 Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel usw., 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 BVG. Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.
- 2 Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249a SGB V). Satz 3 gilt nicht für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der

Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag monatlich weniger als 21 Euro beträgt.

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

Als Festbeträge gelten auch

- die Vertragssätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V,
 - der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V,
 - der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V sowie
 - der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V.
- 4 Satz 3 Buchstabe b erfasst die Fälle, in denen sich der dort genannte Versicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z. B. privatärztliche Behandlung durch einen Kassenarzt). Hätte der Behandler im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung zu erbringen gehabt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. Gehört der Behandler oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Behandlungskreis, findet § 5 Abs. 3 Satz 3 und 4 Anwendung.
 - 5 Für Personen, die Leistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG oder hierauf Bezug nehmender Vorschriften erhalten, sowie für berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, ist Satz 3 nicht anzuwenden.

Zu Absatz 4 Nr. 2

Zuzahlungen bzw. Kostenanteile nach § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5, § 41 Abs. 3 und § 60 Abs. 2 SGB V oder entsprechenden Regelungen sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V oder entsprechenden Regelungen ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Von der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. Bei den nicht durch Zuschüsse der Kasse gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen bzw. Kostenanteile.

Zu Absatz 4 Nr. 3

- 1 Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:
 - 1.1 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
 - 1.2 Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
 - 1.3 Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
 - 1.4 Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,

- 1.5 Einkünfte aus Kapitalvermögen,
- 1.6 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
- 1.7 sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG.

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

- 2 Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte keine Einkünfte mehr über 18.000 Euro und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze nach Nummer 3 nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr die Einkommensgrenze überschritten haben.
- 3 Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.

Zu Absatz 4 Nr. 4

Sofern der Ersatzanspruch nicht auf den Dienstherrn übergeht (vgl. Absatz 5), gilt das Rundschreiben vom 6. Juni 1980 - D III 6 - 213 103 - 4/13 - weiter.

Zu Absatz 4 Nr. 9

Nach § 53 SGB V 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). Soweit Selbstbehalte von der Krankenkasse festgesetzt werden, sind sie nicht beihilfefähig.

Zu § 6

Zu Absatz 1

Legasthenie ist keine Erkrankung im Sinne des § 6 Abs. 1. Aufwendungen für eine derartige Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 1

- 1 Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.
- 2 Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig.

Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne sowie der Nr. 002 des Gebührenverzeichnisses der GOZ beihilfefähig.

- 3 Die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind durch eine dem § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ entsprechende Rechnung des Zahnarztes oder Dentallabors nachzuweisen; sie sind im Rahmen der Nummer 1 der Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 beihilfefähig.
- 4 Das Seitenzahngebiet (Nummer 5 Satz 1 der Anlage 2) beginnt ab Zahn 4. Für die Größe der Brücke ist die Anzahl der nebeneinander liegenden, durch Brückenglieder zu ersetzenden Zähne maßgebend. Überschreitet die zu ersetzende Lücke die jeweilige Obergrenze von 3 bzw. 4 Zähnen, sind die hierauf entfallenden Material- und Laborkosten (Mehrkosten) nicht beihilfefähig.

Beispiel:

K = Krone (GOZ-Nummern 501 bzw. 502, 503, 504)

B = Brückenglied (GOZ-Nummer 507, je Einzelbrücke einmal berechenbar)

1.	8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
		K	B	B	B	K											

Da die Obergrenze nicht überschritten wird, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

2.	8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
		K	B	B	B	B	K										

Die für den Seitenzahnbereich bestehende Obergrenze wird überschritten. Die auf ein Brückenglied entfallenden anteiligen Material- und Laborkosten (Mehrkosten) sind nicht beihilfefähig.

3.	8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
		K	B	B	B	B	K	B		B	K						

Es handelt sich im beihilferechtlichen Sinn um zwei Einzelbrücken, die die jeweils maßgebende Obergrenze von vier Zähnen nicht überschreiten. Die Aufwendungen sind beihilfefähig.

- 5 Voranerkennungsverfahren gemäß Nummern 2 und 3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1:
- 5.1 Die Festsetzungsstelle beauftragt einen vom Bundesministerium des Innern bestellten vertrauensärztlichen Gutachter (siehe Verzeichnis unter Nummer 5.6) mit der Erstellung eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung sowie mit der Bewertung der Angaben des Arztes oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeuten genannt) in den Formblättern 1 und 2 (siehe Nummer 5.7).

- 5.1.1 Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat er (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.
- 5.1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt 2a (siehe Nummer 5.7) den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG, BGBI. 1998 I S. 1311) einholen.
- 5.1.3 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/Ersuchen des Beihilfeberechtigten/Patienten.
- 5.1.4 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit Formblatt 3 (siehe Nummer 5.7) einen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt 4 (siehe Nummer 5.7) und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),
 - das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie),
 - das Formblatt 4, in dreifacher Ausfertigung,
 - einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- 5.1.5 Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach Formblatt 4 („Psychotherapie-Gutachten“) - in zweifacher Ausfertigung - in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Diese leitet eine Ausfertigung des „Psychotherapie-Gutachtens“ an den Therapeuten weiter.
- 5.1.6 Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt 5 (siehe Nummer 5.7).
- 5.2 Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen.
- 5.2.1 Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen „Erstbericht“ an den Gutachter auf Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden sollte.
- 5.2.2 Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilfeberechtigten/Patienten.
- 5.2.3 Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen vertrauensärztlichen Obergutachter (siehe Verzeichnis unter Nummer 5.6) mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),
 - Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
 - einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten.
- Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in den Nummern 2.4.1 bis 2.4.4 und 3.4.1 bis 3.4.3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.
- 5.2.4 Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle.
- 5.2.5 Auf Grundlage der (ober-)gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.
- 5.3 Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummern 2.3 und 3.3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1) leitet die Festsetzungsstelle den vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumschlag dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat. Dabei ist das Formblatt 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. Im Übrigen gelten die Nummern 5.1.5 bis 5.2.5 entsprechend.
- 5.4 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur gutachterlichen Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachtern und Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.
- 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 (Beihilfetitel).

5.5 Die Festsetzungsstelle kann von dem beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren nach Nummer 5 absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten (oder des Patienten) bereits eine Leistungszusage auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Therapeuten ergeben. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1.

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

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

- Rosemarie Ahlert Schulstr. 29, 72631 Aichtal
- Dr. med. Dipl.-Psych. Bifänge 22, 79111 Freiburg
Menachem Amitai
- Dr. med. Ludwig Barth Mühlbaurstr. 38 b,
81677 München
- Dr. med. Ulrich Berns Hohenzollernstr. 41,
30161 Hannover
- Dr. med. Dietrich Bodenstein Waldwinkel 22,
14532 Kleinmachnow
- Dr. med. Doris Bolk-Weisedel Eichkampstr. 108,
14055 Berlin
- Dr. med. Gerd Burzig Hamburger Str. 49,
23611 Bad Schwartau
- 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 Köpfelweg 52,
69118 Heidelberg
- Dr. med. Horst Kallfass Leo-Baek-Str. 3,
14165 Berlin
- Dr. med. Ingrid Kamper-Jasper Jöhrensstr. 5,
30559 Hannover
- 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 Psychosomatik
und Psychotherapeutische
Medizin -
Postfach 12 21 20,
68072 Mannheim

- Dr. med. Günter Maass Leibnizstr. 16 c,
65191 Wiesbaden
- Prof. Dr. med. Michael von Rad Langerstr. 3,
81675 München
- Dr. med. Lutz Rosenkötter Marbacher Weg 27,
35037 Marburg
- Dr. med. Hermann Roskamp Lohengrinstr. 67,
70597 Stuttgart
- Prof. Dr. med. Ulrich Rüger Mittelbergstr. 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. Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Ulrich Berns Hohenzollernstr. 41,
30161 Hannover
- Dr. med. Hermann Fahrige 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. Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

- Prof. Dr. Gerd Buchkremer Psychiatrische
Universitätsklinik,
Osianderstr. 22,
72076 Tübingen
- Prof. Dr. med. Iver Hand Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie des UKE,
Martinistr. 52,
20251 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,
Bombargallee 11,
31812 Bad Pyrmont
- Dr. med. Jochen Sturm Altneugasse 21,
66117 Saarbrücken
- Dr. med. Klaus H. Stutte Christliches Krankenhaus,
Goethestr. 10,
49610 Quakenbrück
- Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz Nymphenburger Str. 185,
80634 München

- Dr. Johannes Zuber Mercystr. 27,
79100 Freiburg

IV. Gutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Peter Altherr Westbahnstr. 12,
76829 Landau
- Prof. Dr. Dr. med.
Martin Schmidt Zentralinstitut für Seelische
Gesundheit,
Postfach 12 21 20,
68072 Mannheim
- Dr. med. Horst Trappe Breslauer Str. 29,
49324 Melle
- Dipl.-Psych. Dr. phil.
Gerhard Zarbock Bachstr. 48,
22083 Hamburg
- Dr. Johannes Zuber Mercystr. 27,
79100 Freiburg

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

- Dr. med. Ludwig Barth Mühlbaurstr. 38 b,
81677 München
- Dr. med. Doris Bolk-
Weisedel Eichkampstr. 108,
14055 Berlin
- Dr. med. Horst Kallfass Leo-Baeck-Str. 3,
14165 Berlin
- Prof. Dr. med. Karl König Hermann-Föge-Weg 6,
37073 Göttingen
- Prof. Dr. med. Peter Kutter Brenntenhau 20 A,
70565 Stuttgart
- Prof. Dr. med.
Ulrich Rüger Mittelbergring 59,
37085 Göttingen
- Dr. med. Günter Schmitt Abraham-Wolf-Str. 62,
70597 Stuttgart
- Dr. med. Gisela Thies Tegeleck 27,
23843 Bad Oldesloe

- Dr. med. Roland Vandieken Am Buchenhang 17,
53115 Bonn

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

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

VII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

- Dr. med. Franz
Rudolf Faber Postfach 11 20,
49434 Neuenkirchen/
Oldenburg
- Prof. Dr. med. Iver Hand Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie des UKE,
Martinistr. 52,
20251 Hamburg
- Dr. med. Dieter Kallinke Postfach 10 35 46,
69025 Heidelberg
- Dr. med. Johannes Kemper Bauerstr. 15,
80796 München

VIII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med. Johannes Kemper Bauerstr. 15,
80796 München
- Prof. Dr. Dr. med.
Martin Schmidt Zentralinstitut für Seelische
Gesundheit,
Postfach 12 21 20,
68072 Mannheim

5.7 Zusammenstellung der Formblätter 1 bis 5:

Formblatt 1

(Hinweis 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**I. Beihilfeberechtigter**

Name, Vorname	Personalnummer
---------------	----------------

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

....., den

(Unterschrift des Beihilfeberechtigten)

II. Auskunft des Patienten

A) Wer wird behandelt?

Name, Vorname des Patienten	Geburtsdatum
-----------------------------	--------------

B) Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Herrn/Frau,
dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde ihn/sie von der Schweigepflicht des Arztes oder
Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeuten genannt) und bin damit einverstanden, dass der Fachgutachter der Festset-
zungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

....., den

(Unterschrift des Patienten oder des
gesetzlichen Vertreters)

III. Bescheinigung des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

 Erstbehandlung Verlängerung/Folgebehandlung

 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

 analytische Psychotherapie

 Verhaltenstherapie

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 _____

IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Bereichsbezeichnung Psychotherapie,
verliehen: vor dem 1. April 1984
 nach dem 1. April 1984
- Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Schwerpunkt Verhaltenstherapie
- Bereichsbezeichnung Psychoanalyse
- Qualifikation in Gruppenpsychotherapie liegt vor

2. Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
(Zutreffendes ankreuzen, Angaben bitte vollständig und lesbar ausfüllen!)

Approbation als

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- gem. § 12 PsychThG (Übergangsregelung)
- gem. § 2 in Verbindung mit §§ 5 und 6 PsychThG (staatlicher Abschluss)

KV-Zulassung, KV-Nr.:

KV-Ermächtigung, KV-Nr.:, befristet bis

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister als

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

bei der Kassenärztlichen Vereinigung

Für welche anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine KV-Zulassung/Ermächtigung oder ein Eintrag ins Arztregister vor?

- 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:

....., den,
(Stempel und Unterschrift des Therapeuten)

Formblatt 2

(Hinweis 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Absender:
(Name und Anschrift des Therapeuten)

**Bericht
an den Gutachter zum Antrag
auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orange-farbenen Umschlag an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden.

I. Angaben über den Patienten

Name, Vorname	Familienstand
---------------	---------------

Geburtsdatum	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 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** des Patienten zu seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele 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 des Patienten in 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 des Patienten und seiner Verlässlichkeit, seiner partiellen Lebensbewältigung sowie seiner Fähigkeit bzw. Tendenz zur Regression, seiner Flexibilität und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei K+J auch Vorstellungen über alterssprechende 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 des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit des Patienten, seine Regressionsfähigkeit bzw. -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei K+J Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.
3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme 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 des Patienten und Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

IV. Bericht des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten ggf. auch Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen des Patienten. (Warum kommt der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)
2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung 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 auf Grund 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 bzw. 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. Bei Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Soll bei einer begleitenden Behandlung der Bezugspersonen vom Regelverhältnis 1 : 4 abgewichen werden, muss dies begründet werden. 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 bzw. 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 des Therapeuten)

Formblatt 2a

(Hinweis 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Name, Vorname des Patienten
geb. am

**Konsiliarbericht*
vor Aufnahme
einer Psychotherapie****Auf Veranlassung von:**_____
Name 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 bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

--

--

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

--

--

Welche ärztlichen Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst?

--

--

- Bestehen auf Grund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

ja nein

Ausstellungsdatum_____
Stempel/Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Therapeuten

* Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.

Formblatt 3

(Hinweis 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

(Dienststelle, Festsetzungsstelle)

..... den

┌ └
(Anschrift des Gutachters)

┌ └

Betr.: Beihilfevorschriften (BhV)
hier: Psychotherapie-Gutachten

- Anlg.:** 1 Antrag (Formblatt 1)
- 1 Bericht des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag
- 1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 4 - dreifach)
- 1 Freiumschlag

Sehr geehrte(r) Herr/Frau

ich bitte um gutachtliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung des/der Herrn/Frau

Neben dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit und Entbindung von der Schweigepflicht ist der Bericht des Therapeuten in einem verschlossenen Umschlag beigelegt.

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt.

(Gutachten vom Anzahl der Sitzungen

Name des Gutachters)*

Ihr Gutachten bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 4 nebst einer Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41,00 Euro zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

* Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

Formblatt 4

(Hinweis 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Psychotherapie-Gutachten*für Herrn/Frau
(Name des Patienten/der Patientin)**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

Einzel-sitzungen	Gruppen-sitzungen

--	--

.....
(Stempel und Unterschrift des Gutachters)

* Das Gutachten bitte in dem beige-fügten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle übersenden.

Formblatt 5

(Hinweis 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

(Dienststelle, Festsetzungsstelle)

..... den

[(Anschrift des Beihilfeberechtigten oder des Bevollmächtigten)]

[]

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

auf Grund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

- tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
- analytischen Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

für durch
(Name des Patienten) (Name des Therapeuten)

für eine Einzelbehandlung Gruppenbehandlung bis zu - weiteren -
..... Sitzungen

für eine begleitende Behandlung der Bezugsperson bis zu - weiteren -
..... Sitzungen

nach Maßgabe der Beihilfavorschriften als beihilfefähig anerkannt.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der oben genannten Festsetzungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Zu Absatz 1 Nr. 2

- 1 Grundsätzlich sind seit dem 1. August 2004 nur noch verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der Verordnung ausgeschlossen. Hierzu gehören insbesondere Lifestyle-Arzneimittel zur Behandlung von erektiler Dysfunktion, Nikotinabhängigkeit, Verbesserung des Haarwuchses sowie Abmagerungsmittel, die in Anlage 8 der Richtlinie zu § 34 Abs. 1 n. F. SGB V explizit aufgeführt sind (www.g-ba.de).
- 2 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind, es sei denn, in Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) ist etwas anderes bestimmt. Zu dieser Arzneimittelgruppe gehören auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie. Voraussetzung für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist die Angabe der Diagnose. Falls diese nicht aus vorliegenden Liquidationen oder Unterlagen zu erkennen ist, ist vom Beihilfeberechtigten eine Bestätigung des behandelnden Arztes beizubringen.
- 3 Bei den homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist zu beachten, dass nach den Grundsätzen der klassischen Homöopathie jede Behandlung mit einem individuell auf den Patienten, sein Persönlichkeitsprofil und sein jeweiliges Krankheitsbild abgestimmten Arzneimittel erfolgt. Das gleiche Arzneimittel kann dadurch bei ganz unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt werden. Bei diesen Mitteln ist daher ausschließlich auf eine Diagnose nach Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) abzustellen.
- 4 Bei der Verordnung von Arzneimitteln durch Heilpraktiker gelten die gleichen Bestimmungen.
- 5 Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.
- 6 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z. B. D-Fluoretten, Vigantolekten) bei Säuglingen und Kleinkindern.
- 7 In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für vollbilanzierte Formeldiäten beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig sind bei
 - Ahornsirupkrankheit
 - Colitis ulcerosa
 - Kurzdarmsyndrom
 - Morbus Crohn
 - Mukoviszidose mit starkem Untergewicht
 - 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.
- 8 Aufwendungen für vollbilanzierte Formeldiäten, die für Säuglinge und Kleinkinder bei Neurodermitis für diagnostische Zwecke eingesetzt werden, sind für einen Zeitraum von einem halben Jahr beihilfefähig.
 - 9 Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption sind nur bei Personen bis zur Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres beihilfefähig, es sei denn, sie werden als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.
 - 10 Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel, für die ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt wurde und deren Abgabepreis über dem Festbetrag liegt, sind nur dann bis zur Höhe des Festbetrages beihilfefähig, wenn diese Arzneimittel vom Arzt auf der Verordnung mit dem Buchstaben „Z“ gekennzeichnet sind.

Zu Absatz 1 Nr. 3

- 1 Die in Satz 3 genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich anerkannte Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Rd. Erlass vom 30. Juli 1979, Nds. MBl. S. 1499) oder staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlafhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157) im Rahmen des Hinweises 3, Abschnitt VIII. (Logopädie) als beihilfefähig anerkannt werden. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.
- 2 Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für die in Hinweis 3 genannten Heilbehandlungen. Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilbehandlungen, die weder im Hinweis 3 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern.
- 2.1 Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) - Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses - sind bei Vorliegen folgender Voraussetzungen beihilfefähig:

2.1.1 Erweiterte ambulante Physiotherapie

Leistungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie werden nur auf Grund einer Verordnung von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen anerkannt:

2.1.1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

- frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und/oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
- nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
- instabilen Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und/oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik
- lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Copp

2.1.1.2 Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen
- Osteotomien der großen Röhrenknochen

2.1.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit

- Schulterprothesen
- Knieendoprothesen
- Hüftendoprothesen

2.1.1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

- Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband)
- Schultergelenkläsionen, insbesondere nach: operativ versorgter Bankard-Läsion, Rotatorenmanschettenruptur, schwere Schultersteife (frozen sholder), Impingement-Syndrom, Schultergelenkluxation, tendinosis calcarea, periathritis humero-scapularis (PHS)
- Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss

2.1.1.5 Amputationen

2.1.2 Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärzte reicht nicht aus.

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

2.1.3 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- Krankengymnastische Einzeltherapie
- physikalische Therapie nach Bedarf
- medizinisches Aufbautraining

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

- Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
- Isokinetik
- Unterwassermassage

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

2.1.5 Die in Nummer 2.1.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.

2.2 Medizinisches Aufbautraining (MAT)

Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn

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

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt. Hinsichtlich der Angemessenheit der Kosten siehe Anhang 1 zu Hinweis 8 zu § 5 Abs. 1 und Nr. 15 des Hinweises 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 BhV.

Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

3 Für Heilbehandlungen eines Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Podologen, Masseurs oder Masseurs und medizinischen Bademeisters werden für die Angemessenheit der Aufwendungen nachstehende Höchstbeträge festgelegt. Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
I. Inhalationen¹		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Krankengymnastische Behandlung ² (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage -	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung ^{2,3} auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Behandlung ^{2,5} auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 - 8 Pers.) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴ bei zerebralen Dysfunktionen (2 - 4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 - 5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen ²	7,70
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ^{2,6} , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik ⁷ - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,40
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie ^{10,11} , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT) ¹² Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	5,20

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen		
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) ²	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷ a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten c) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸	19,50 29,20 8,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	10,30
22	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) - bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid - Teilpackung - Großpackung b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - c) Kaltpackung (Teilpackung) - Anwendung von Lehm, Quark o. Ä. - Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid d) Heublumensack, Peloidkompressen e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz f) Trockenpackung	11,80 20,50 28,20 14,90 7,70 15,40 9,20 4,60 3,10
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	3,10 4,60 4,10
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30 20,00
25	a) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - b) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20 13,30
26	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - b) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80 39,90
28	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - a) Teilbad b) Vollbad	28,70 32,80

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
29	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - d) Weitere Zusätze, je Zusatz	6,70 13,30 18,50 3,10
31	Gashaltige Bäder a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	19,50 22,50 21,00 18,50 3,10

Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt sowie in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter Nummern 30 a bis c und 31 b angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 d beihilfefähig.

V. Kälte- und Wärmebehandlung

32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung) b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	9,80 6,70
33	Eisteilbad	9,80
34	Heißluftbehandlung ⁹ oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70

VI. Elektrotherapie

35	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diodynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39	Iontophorese	6,20
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,00

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
VII. Lichttherapie		
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht ⁹ a) als Einzelbehandlung b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,10 2,60
43	a) Reizbehandlung ⁹ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht b) Reizbehandlung ⁹ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	3,10 5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie		
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall c) Ausführlicher Bericht	31,70 49,60 11,80
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	31,70 41,50 52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	14,90 17,40
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50	Einzelbehandlung a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	31,70 41,50 54,80
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	14,40 28,70
X. Sonstiges		
53	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
54	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	

Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 53 und 54 nur anteilig je Patient beihilfefähig.

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
XI. Podologische Therapie¹³		
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
59	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
60	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
61	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
62	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der Ifd. Nr. 7 abrechenbar); je Person	3,50

¹ Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.

² Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

³ Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.

⁴ Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.

⁵ Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.

⁶ Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.

⁷ Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.

⁸ Das notwendige Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.

⁹ Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

¹⁰ Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden.

¹¹ Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.

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

¹³ Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

4 Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind die Aufwendungen für Heilbehandlungen nur beihilfefähig, sofern sie durch einen in Satz 3 genannten Behandler durchgeführt werden. Dabei gilt Folgendes:

4.1 Art und Umfang der durchgeführten Heilbehandlung sind nachzuweisen. Aufwendungen hierfür sind im Rahmen der im Hinweis 3 genannten Höchstbeträge beihilfefähig. Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.

4.2 Wird bei einer teilstationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig; Platzfreihaltegebühren sind damit nicht beihilfefähig.

4.3 Wird bei einer stationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig. Für die Kosten für Unterkunft und Verpflegung gilt Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b, für Platzfreihaltegebühren Hinweis 3 zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b.

4.4 Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, können z. B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten und die in Hinweis 2 zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b genannten Einrichtungen sein.

Zu Absatz 1 Nr. 4

1 Die in Nummer 6 der Anlage 3 genannten Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind medizinische Kompressionswadenstrümpfe, -(halb)schenkelstrümpfe, -strumpfhosen, -stumpffstrümpfe, -armstrümpfe sowie Narbenkompressionsbandagen, Ein- und Mehrkammergeräte und Befestigungshilfen (Hautkleber, Strumpfhaltersysteme, Leibteile, Leibgurte).

2 Das in Nummer 10 der Anlage 3 vorgesehene Einvernehmen gilt für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle allgemein als erteilt, wenn die Aufwendungen nicht mehr als 600 Euro betragen. Das Bundesministerium des Innern kann zu den Verzeichnissen der Nummer 1 sowie der Nummer 9 der Anlage 3 weitere nähere Erläuterungen geben. Es kann die Zuständigkeit nach Satz 2 auf eine andere Behörde übertragen, in diesem Fall bedarf die Herausgabe des Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern.

3 Aufwendungen für Hörgeräte nach Nummer 1 der Anlage 3 (einschließlich der Nebenkosten) sind bis zu einem Höchstbetrag von 1.025 Euro je Ohr beihilfefähig. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung sind daneben beihilfefähig.

4 Die Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind für maximal 6 Paar Schuhe pro Jahr anzuerkennen.

5 Aufwendungen für Sehhilfen sind grundsätzlich nur noch für Personen bis zum 18. Lebensjahr beihilfefähig. Ausnahmen hiervon sind in Nummer 12 der Anlage 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 geregelt.

5.1 Sehhilfen für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind unter Beachtung der Höchstsätze nach Nummer 11 beihilfefähig, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifizierung des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Eine schwere Sehbehinderung, die zur Versorgung zu Lasten der Beihilfe führen kann, liegt somit nur vor, wenn die Sehschärfe (Visus) auf jedem Auge maximal 0,3 beträgt. 0,3 bedeutet, dass der Patient aus drei Meter Entfernung das sehen kann, was ein Normalsichtiger aus zehn Meter Entfernung sehen kann. Besteht bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf einem Auge eine Sehleistung von $\leq 0,3$ (kleiner oder gleich 30 Prozent), auf dem anderen bei bestmöglicher Korrektur eine Sehbehinderung von $> 0,3$ (größer als 30 Prozent), besteht kein Leistungsanspruch für beide Berechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige. Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3 auf einem Auge allein reicht somit für einen Leistungsanspruch nicht aus.

Die Indikation (Indikationsschlüssel) ist auf der Verordnung anzugeben. Die Angabe der Dioptrien ist nicht ausreichend bzw. erforderlich.

Maßgebliche Indikationen; Codierungsschlüssel gemäß ICD-10-Klassifikation (ICD-10-GM-Version 2004, Kapitel VII, Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde)

- **H 54.0 Blindheit beider Augen**
Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.
- **H 54.1 Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges**
Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung eines Auges, Stufe 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung des anderen Auges.
- **H 54.2 Sehschwäche beider Augen**
Stufe 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider Augen

Der Begriff „Sehschwäche“ in der Kategorie H 54 schließt die Stufen 1 und 2 der nachfolgenden Tabelle ein, der Begriff „Blindheit“ die Stufen 3, 4, 5. Wenn die Größe des Gesichtsfeldes mitberücksichtigt wird, sollten Patienten, deren Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht größer als 10 Grad, aber größer als 5 Grad ist, in die Stufe 3 eingeordnet werden; Patienten, deren Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht größer als 5 Grad ist, sollten in die Stufe 4 eingeordnet werden, auch wenn die zentrale Sehschärfe nicht herabgesetzt ist.

Bezeichnung gemäß ICD 10	Stufen der Sehbeeinträchtigung gemäß WHO	Sehschärfe mit bestmöglicher Korrektur	
		Maximum weniger als:	Minimum bei oder höher als:
Sehschwäche	1	6/18 3/10 (0,3) 20/70	6/60 1/10 (0,1) 20/200
Sehschwäche	2	6/60 1/10 (0,1) 20/200	3/60 1/20 (0,05) 20/400
Blindheit	3	3/60 1/20 (0,05) 20/400	1/60 (Fingerzählen bei 1 m) 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200)
Blindheit	4	1/60 (Fingerzählen bei 1 m) 1/50 (0,02) 5/300	Lichtwahrnehmung
Blindheit	5	keine Lichtwahrnehmung	

- Erhebliche Gesichtsfeldausfälle

Einschränkungen des Sehvermögens im Hinblick auf das Sehfeld, dabei wird unterschieden zwischen peripherem und zentralem Gesichtsfeldausfall. Nach fachärztlicher Bescheinigung können beihilfeseitig z. B. die Aufwendungen bei folgenden Indikationen

Hemianopsie
 Quadrantenanopsie
 Skotom
 Tunnel- oder Röhrensehen
 Maculadegeneration

anerkannt werden.

Bei erneuter Beschaffung einer Sehhilfe ist immer eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die Indikation (Diagnoseschlüssel H 54.0 bis H 54.2) muss auf der Verordnung angegeben sein.

5.2 Therapeutische Sehhilfen

Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen gemäß Nummer 12 Satz 2 der Anlage 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 sind altersunabhängig und für alle Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit richtet sich dabei nach den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkasse über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung „Hilfsmittel-Richtlinien“), in denen die Indikationen für therapeutische Sehhilfen festgelegt sind. Es gelten die für die Hilfsmittel vorgesehenen Abzugsbeträge.

Zu Absatz 1 Nr. 6

1 Mehraufwendungen 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 BpflV nicht anwenden. Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbett-

zimmer angeboten, sind 50 Prozent dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.

- 2 Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die auf Grund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.
- 3 Die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ist durch den Pflegesatz nach der BpflV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 13 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung 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.
- 4 Nach § 14 Abs. 6 BpflV dürfen zusätzlich zu einer Fallpauschale Sonderentgelte, ein teilstationärer Pflegesatz für Dialysepatienten sowie bestimmte Zuschläge berechnet werden. Entsprechende Aufwendungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch für den Investitionszuschlag nach § 14 Abs. 8 BpflV, den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tageseichen Pflegesatzes sowie jeden Belegungstag bei Fallpauschalen berechnen. Beihilfefähig ist auch der Zuschlag (DRG-Systemzuschlag), der von Krankenhäusern nach dem Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der BpflV (DRG-Systemzuschlags-Gesetz vom 27. April 2001, BGBl. I S. 772) berechnet wird.
- 5 Aufwendungen für eine gemäß § 22 BpflV in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungstag sind nicht beihilfefähig.
- 6 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 23 BpflV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 22 BpflV beihilfefähig.
- 7 Zu vollstationären oder teilstationären Krankenhausleistungen zählen auch stationäre und teilstationäre Leistungen zur Rehabilitation, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen (Anschlussrehabilitation). Als 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.
- 8 Für die Vergleichsberechnung bei Behandlung in Privatkliniken sind grundsätzlich die Kosten für die dem Wohnort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik), gegebenenfalls einschließlich der Kosten für die

Wahlleistung Unterbringung nach Buchstabe b Doppelbuchstabe bb heranzuziehen. Bei dem Kostenvergleich sind jeweils die Bruttobeträge (einschließlich Umsatzsteuer) gegenüberzustellen. Bei Anschlussrehabilitation ist ein diesbezüglicher Kostenvergleich nicht erforderlich.

Zu Absatz 1 Nr. 7

1 Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie gegebenenfalls der Behandlungspflege bedürfen:

- a) Zur Grundpflege zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
- b) Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, das Beheizen.
- c) Die Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen.

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

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

Durchschnittliche Kosten einer Krankenpflegekraft sind die monatliche feste Vergütung einer Angestellten in der VergGr. Kr. V der Anlage 1 b zum BAT (Endstufe der Grundvergütung, Ortszuschlag nach Tarifklasse II Stufe 2, Allgemeine Zulage, Pflegezulage, anteilige Zuwendung sowie anteiliges Urlaubsgeld zuzüglich der Arbeitgeberanteile); das Bundesministerium des Innern gibt den jeweiligen Höchstsatz bekannt. Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt werden. Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern.

3 Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 8

1 Die Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 sind auch dann insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhaus-

aufenthalt (Nummer 6) durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird; Entsprechendes gilt für alleinstehende Beihilfeberechtigte. Nur geringfügig ist eine Erwerbstätigkeit dann, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt. Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Dies gilt auch in dem in Hinweis 3 Satz 3 zu Absatz 1 Nr. 6 geregelten Fall.

2 Ein besonderer Fall im Sinne von Satz 3 liegt nur dann vor, wenn der Erkrankte nach stationärer Unterbringung die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht - auch nicht teilweise - wieder übernehmen kann.

3 Als Alleinerziehende gelten Mütter oder Väter, die mit ihrem berücksichtigungsfähigen Kind, für das ihnen die Personensorge übertragen ist, in einem Haushalt leben.

Zu Absatz 1 Nr. 9

1 Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

2 Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung können in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig sein. Diese Fahrten bedürfen dem Grunde nach der vorherigen Genehmigung der Festsetzungsstelle. Die Genehmigung der Fahrkosten zur Beihilfefähigkeit von ambulanten Behandlungen gilt als erteilt, wenn

- der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gebehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegt oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweist,
- Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.

3 Fahrkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort des Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.

Zu Absatz 1 Nr. 10

- 1 Buchstabe b setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung (stationäre Unterbringung) voraus. Eine Unterbringung nur tagsüber (teilstationäre Unterbringung) reicht nicht aus. Buchstabe b findet deshalb bei teilstationärer Unterbringung keine Anwendung.
- 2 Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken und Behinderten dienen, können insbesondere Heimsonderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangsheime für Suchtkranke sein. Voraussetzung ist, dass die Unterbringung anlässlich einer Heilbehandlung nach Absatz 1 Nr. 3 erforderlich ist.
- 3 Betten- und Platzfreihaltegebühren, die für die Unterbrechungen durch Krankheit des Behandelten erhoben werden, sind bis zu insgesamt 5,50 Euro täglich beihilfefähig. Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Behandelten liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen je Abwesenheit.

Zu Absatz 1 Nr. 11

Die Aufwendungen für die Registrierung sind nach Absatz 1 Nr. 1 beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 13

- 1 Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 Prozent der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.

1.1 Behandlungsmethoden und Indikationen:

- a) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, gegebenenfalls nach Stimulation mit Antiöstrogenen,
Indikationen: somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanasthenose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität
- b) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen, 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),
Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktions-

verlust, 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 Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind

- d) Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT),
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 Buchstabe b keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
- e) Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI).
Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 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.

1.2 Begrenzung der Versuchszahlen

- Insemination nach hormoneller Stimulation, IVF und ICSI bis zu 3 Versuchen
- Insemination im Spontanzyklus bis zu 8 Versuchen
- Intratubarer Gametentransfer bis zu 2 Versuchen

Anspruch auf Neubeginn der Versuchszählung nach Geburt eines Kindes oder nach einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft.

Ein Versuch ist immer dann als beendet anzusehen, wenn dies medizinisch festgestellt wurde.

- 1.3 Anspruch auf Leistungen der künstlichen Befruchtung besteht nur für weibliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. Für männliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige besteht ein diesbezüglicher Anspruch von der Vollendung des 25. bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Die maßgebliche Altersgrenze für beide Partner muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. Liegt nur bei einem die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.
- 2 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Außerdem sind Aufwendungen für die Kryokonservierung

von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig.

3 Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

4 Hinsichtlich der Zuordnung der Aufwendungen der ICSI und der IVF-Behandlungen gilt das Kostenteilungsprinzip:

- Bei der IVF entstehende Aufwendungen (einschließlich Hormonbehandlung) sind der Frau zuzuordnen.
- Bei der ICSI sind die Aufwendungen, die über die IVF hinausgehen, dem Mann zuzurechnen.

Zu Absatz 1 Nr. 14

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.

Zu Absatz 2

1 Völliger Ausschluss

Gemäß Satz 1 wird für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausgeschlossen:

A

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

B

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

C

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

E

- Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- Elektro-Neural-Diagnostik

F

- Frischzellentherapie

G

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

H

- Heileurhythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

I

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

K

- Kariesdetektor-Behandlung
- Kinesiologische Behandlung
- Kirlian-Fotografie
- Kombinierte Serumtherapie (z. B. Wiedemann-Kur)

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

- Modifizierte Eigenblutbehandlung (z. B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Geggensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

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

R

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

S

- Schwingfeld-Therapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

- Zellmilieu-Therapie

2 Teilweiser Ausschluss

Gemäß Satz 1 wird für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen begrenzt:

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. In Zweifelsfällen ist eine Bestätigung durch einen Gutachter einzuholen.
- Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT)
Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea (Kalkschulter) oder der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach GOÄ-Ziffer 1800 beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.
- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.
- Klimakammerbehandlungen
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z. B. mit Aludrin.
- Magnetfeldtherapie
Die Therapie mit Magnetfeldern ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophien Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.

- Ozontherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- Prostata-Hyperthermie-Behandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.

- Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z. B. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 des Hinweises 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 zugeordnet.

- Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

- Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.

Zu Absatz 4

- Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und gegebenenfalls nichtärztliches Personal durchgeführt werden. Die Beteiligung eines Arztes muss dabei sichergestellt werden. Zu den Komplextherapien gehören u. a. Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitusstherapien (Pauschalabrechnung), ambulante Chemotherapie nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen.
- Nicht zu den Komplextherapien zählen u. a. die Soziotherapie und die psychiatrische Krankenpflege.
- Stationäre Komplextherapie bedeutet die Einheit zwischen klinisch stationärer Behandlung und Rehabilitationsmaßnahme.

Zu § 7**Zu Absatz 1**

- Bei einer anerkannten Sanatoriumsbehandlung gelten für die in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Heilbehandlungen die in den Hinweisen hierzu festgesetzten Höchstbeträge ebenfalls.
- Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine Sanatoriumsbehandlung bis zu drei Wochen beihilfefähig. Ergibt sich im Verlauf der Sanatoriumsbehandlung, dass über den von der Fest-

setzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der Sanatoriumsbehandlung durch die Festsetzungsstelle auch auf Grund eines fachärztlichen Gutachtens des im Sanatorium behandelnden Arztes erfolgen.

- 3 Bei der Durchführung von Sanatoriumsbehandlungen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtung über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügt. Von diesem Grundsatz kann abgewichen werden, wenn im Einzelfall aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend erforderlich ist. Dies kann notwendig sein, wenn
- wegen schwerwiegender psychologischer Gründe eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der Sanatoriumsbehandlung gefährden würde oder
 - wenn der Betroffene wegen einer schweren Behinderung, z. B. Blindheit, einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann oder
 - während der Sanatoriumsbehandlung eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.

Der behandelnde Arzt muss vor der beihilferechtlichen Anerkennung der Sanatoriumsbehandlung bestätigen, dass die Anwesenheit einer Begleitperson für den Erfolg der Behandlung dringend geboten ist.

- 4 Nach Nummer 5 sind die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts beihilfefähig. Der Schlussbericht soll bestätigen, dass die Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.
- 5 Bei einer Sanatoriumsbehandlung sind als Fahrkosten 0,20 Euro je Kilometer für die An- und Abreise, höchstens jedoch insgesamt bis zu 200 Euro als beihilfefähig anzuerkennen. Dabei ist das benutzte Beförderungsmittel ohne Belang. Führen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur gleichen Zeit und in derselben Einrichtung gemeinsam eine Sanatoriumsbehandlung durch, zählt das als eine Fahrt; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

Zu Absatz 2

- 1 Für den Anerkennungsbescheid nach § 7 Abs. 2 Nr. 2 kann folgendes Formblatt 7 verwendet werden:

Formblatt 7

(Hinweise zu § 7 Abs. 2 BhV)

(Dienststelle/Festsetzungsstelle)

(den)

Herrn/Frau

.....
.....
.....
.....

Ihr Antrag vom

Meine Zeichen

Telefon

Datum

Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Sanatoriumsbehandlung gemäß § 7 der Beihilfavorschriften des Bundes (BhV)

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

auf Grund des amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens werden die Kosten für eine stationäre Behandlung in einem Sanatorium in

für die Dauer von ... Wochen nach Maßgabe der Beihilfavorschriften als beihilfefähig anerkannt.

Die Anerkennung gilt unter der Voraussetzung, dass die Behandlung spätestens vor Ablauf von vier Monaten seit der Bekanntgabe dieses Bescheides begonnen wird.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der oben genannten Festsetzungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

2 Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Sanatoriumsbehandlung nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 beihilfefähig.

Zu Absatz 3

Bei der Anwendung von Satz 2 Nr. 1 muss eine wiederholte Behandlung in einem Sanatorium zur Nachsorge der schweren Erkrankung erforderlich sein, die den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Sanatorium notwendig gemacht hatte; auf einen engen zeitlichen Zusammenhang kommt es nicht an.

Zu § 8

- 1 Die Hinweise 1, 3, 4 und 5 zu § 7 Abs. 1 gelten entsprechend.
- 2 Die beihilfefähige Anerkennung der Dauer einer Heilkur beträgt maximal drei Wochen. Reisetage werden dabei nicht berücksichtigt. Eine Verlängerung einer Heilkur ist nicht beihilfefähig.

Das Heilkurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern als Anhang 2 herausgegeben.
- 3 Für den Anerkennungsbescheid nach § 8 Abs. 3 Nr. 2 kann folgendes Formblatt 8 verwendet werden:

- 5 Aufwendungen für Mutter-Kind-Kuren bzw. Vater-Kind-Maßnahmen werden nur als beihilfefähig anerkannt, wenn sie in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder einer anderen nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als gleichwertig anerkannten Einrichtung durchgeführt werden. Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht.
- 6 Bei der Mutter/Vater-Kind-Kur handelt es sich um „eine“ Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrkosten (für die Hauptperson - Mutter oder Vater) nach § 7 Abs. 1 Nr. 6 als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

Zu § 9

Zu Absatz 1

Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Hinweise 2 und 3 zu Absatz 2). Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 beihilfefähig.

Zu Absatz 2

- 1 Krankheiten oder Behinderungen sind
- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- 2 Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- 3 Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

- 4 Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- 5 Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und zum Verfahren siehe Hinweise zu Absatz 8.
- 6 Die Beschäftigung und Betreuung z. B. in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 9. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind deshalb nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrkosten).

Zu Absatz 3

- 1 Als Pflegeeinsatz gilt die Tätigkeit, die die geeignete Pflegekraft bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität bzw. der hauswirtschaftlichen Versorgung jeweils zusammenhängend erbringt.
- 2 Nach § 89 SGB XI werden Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Aufwendungen für Pflegeeinsätze sind angemessen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vergütungsvereinbarungen halten. Dabei sind in Pflegestufe I höchstens 20 Prozent, in Pflegestufe II höchstens 40 Prozent und in Pflegestufe III höchstens 60 Prozent der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Absatz 3 Satz 2) beihilfefähig; die jeweiligen stufenabhängigen Einsätze gelten als erbracht, soweit nicht Absatz 5 Anwendung findet. Fahrkosten sind nicht gesondert beihilfefähig.
- 3 Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die
- bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1, § 72 SGB XI) oder
 - bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI) oder
 - von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
 - mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI geschlossen haben.
- 4 Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen.
- 4.1 Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- 4.2 Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder

der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

- 4.3 Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- 5 Zur Höhe der Durchschnittskosten einer Krankenpflegekraft vgl. Hinweis 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 7.
- 6 Bis zu den festgelegten Obergrenzen der beihilfefähigen Aufwendungen sind die Kosten einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung beihilfefähig. Hierbei gelten die jeweiligen Pflegeeinsätze als erbracht, soweit im Einzelfall nicht eine geringere Inanspruchnahme nachgewiesen wird. Stellt die teilstationäre Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 Prozent des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.
- 7 Wird ein dauernd Pflegebedürftiger vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung gepflegt (Kurzzeitpflege), sind die Pflegeaufwendungen bis 1.432 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig.
- 8 Auf Grund des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) können Beihilfen zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen für den in § 45a SGB XI beschriebenen Personenkreis neben Leistungen nach § 9 Abs. 3, 4 und 5 gewährt werden. Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 45b SGB XI. Wird der Höchstbetrag von 460 Euro in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Werden die Voraussetzungen nach § 45a SGB XI erst im Laufe eines Kalenderjahres erfüllt, ist der Höchstbetrag von 460 Euro nur anteilig anzuerkennen. Für Personen, die Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten, gilt § 9 Abs. 6 Satz 1 entsprechend.

Zu Absatz 4

- 1 Andere geeignete Personen sind Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen mindestens 10,5 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen.
- 2 Die Höhe der Pauschalbeihilfe ist abhängig von den drei Pflegestufen des SGB XI (vgl. hierzu Hinweis 4 zu Absatz 3).
- 3 Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 6 Abs. 1 Nr. 6, der Sanatoriumsbehandlung nach § 7 oder der stationären Pflege nach Absatz 7 oder 9 für den Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6) oder Sanatoriumsbehandlung (§ 7).

- 4 Beihilfen zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 39 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 9 Abs. 6 Satz 1 entsprechend.
- 4.1 Beihilfen werden auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Pflege-Pflichteinsätze) gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilig Zuschüsse zahlt. Die Durchführung der Beratungen ist nach § 37 Abs. 4 SGB XI auch gegenüber der Festsetzungsstelle zu belegen. Der Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Abs. 3 und 6 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 9 Abs. 6 Satz 1 entsprechend.
- 5 Entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von Satz 3 sind z. B. solche nach § 35 Abs. 1 BVG, § 34 BeamtVG. Dies gilt nicht für Leistungen nach § 69a BSHG.
- 6 Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.
- 7 Für die in Hinweis 1 genannten Personen sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 in Verbindung mit § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. Die Beiträge sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung ergeben sich aus einer Information des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur Durchführung der Rentenversicherung der Pflegepersonen durch die Festsetzungsstellen der Beihilfe, die das Bundesministerium des Innern bekannt gibt.*

Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. Die Festsetzungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht. Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der privaten und sozialen Pflegeversicherung.

- 8 Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung auf die Pauschalbeihilfe siehe Hinweis 2 zu § 17 Abs. 7.

Zu Absatz 5

- 1 Bei einer Kombination der Leistungen nach den Absätzen 3 und 4 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zu Grunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.

* Siehe Rundschreiben vom 30. März 1995 (GMBI S. 347) (Siehe hierzu Rundschreiben des Ministeriums der Finanzen - 45.4-6064-170.1.6c-1 - vom 4. Januar 2005)

Beispiele:

1.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (460,50 Euro von 921 Euro) und das Pflegegeld (205 Euro von 410 Euro) in Anspruch. Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.

- a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
30 % von 460,50 Euro = 138,15 Euro
 - zum Pflegegeld
30 % von 205,00 Euro = 61,50 Euro

Gesamt 199,65 Euro

- b) Leistungen der Beihilfe
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
70 % von 460,50 Euro = 322,35 Euro
 - Pauschalbeihilfe
205,00 Euro abzüglich 61,50 Euro der privaten Pflegeversicherung = 143,50 Euro

Gesamt 465,85 Euro

1.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (460,50 Euro von 921 Euro) und das Pflegegeld (205 Euro von 410 Euro) in Anspruch; die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. Als Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall von der Hälfte 50 Prozent.

- a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
50 % von 460,50 Euro = 230,25 Euro
 - zum Pflegegeld
50 % von 205,00 Euro = 102,50 Euro

Gesamt 332,75 Euro

- b) Leistungen der Beihilfe
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft in gleichem Wert der Leistung der sozialen Pflegeversicherung (Absatz 6) = 230,25 Euro
 - Pauschalbeihilfe 50 % von 410,00 Euro = 205,00 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 102,50 Euro = 102,50 Euro

Gesamt 332,75 Euro

Zu Absatz 7

- 1 Angemessen sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege pauschal
 - a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro monatlich,
 - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro monatlich,
 - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432 Euro monatlich,
 - d) für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 SGB XI als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1.688 Euro monatlich.
- 2 Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).
- 3 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig.
- 4 Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genannten Aufwendungen.
- 5 Werden in den Fällen des Satzes 3 die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.
- 6 Betten- und Platzfreihaltegebühren, die durch die Unterbrechung wegen Krankheit des Pflegebedürftigen erhoben werden, gehören zu den pflegebedingten Aufwendungen und sind daher im Rahmen der Höchstsätze beihilfefähig. Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Pflegebedürftigen liegenden Grund bis zu 30 Kalendertagen jährlich.
- 7 Als Endgehalt der Besoldungsgruppe A 9 wird das Endgrundgehalt der Besoldungsgruppe A 9 zuzüglich des Familienzuschlags Stufe 1 und der allgemeinen Stellenzulage nach Vorbemerkung Nr. 27 Abs. 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B zu Grunde gelegt; das Bundesministerium des Innern gibt den jeweiligen Betrag bekannt.
- 8 Das Einkommen ist vom Beihilfeberechtigten durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen:
- 8.1 Dienstbezüge im Sinne dieser Vorschrift sind die in § 1 Abs. 2 BBesG genannten Bruttobezüge (Grundgehalt, allgemeine Stellenzulage nach Vorbemerkung Nr. 27 zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B sowie Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile); Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 BeamtVG genannten Bruttobezüge

(mit Ausnahme des in der dortigen Nummer 8 genannten Unterschiedsbetrages), soweit nicht nach § 57 BeamtVG (Versorgungsausgleich) geringere Versorgungsbezüge zustehen. Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG, Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI bleiben unberücksichtigt. Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verwendungseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehrerer Versorgungsbezüge oder den in Satz 4 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- oder Versorgungsbezüge zu Grunde zu legen.

- 8.2 Renten sind mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen; dies ist bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses und vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.
- 8.3 Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz.
- 8.4 Ist der Ehegatte berufstätig, kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Einkommensgrenze überschritten wird. Soweit der Beihilfeberechtigte nachweist, dass beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbständigen oder nichtselbständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zu Grunde zu legen. Bei monatlich schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten 12 Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen.
- 9 Berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne des Satzes 5 Nr. 1 bis 3 sind Personen, die nach § 3 Abs. 1 zu berücksichtigen oder nach § 4 Abs. 3 nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind.
- 10 Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; § 14 findet keine Anwendung.
- 11 Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung siehe Hinweis 2 zu § 17 Abs. 7.

Zu Absatz 8

- 1 Dem Antrag auf Beihilfe ist ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe beizufügen.

Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit und die Stufe der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen (gesetzliche Verpflichtung). Diese Feststellung ist auch für die Feststellungsstelle maßgebend und dieser vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (z. B. Abschrift des Gutachtens, gegebenenfalls schriftliche Leistungszusage der Versicherung). Ohne einen derartigen Nachweis ist diesbezüglich eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vgl. § 22 VwVfG). Entsprechendes gilt auch für das Vorliegen eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes bei Schwerst-

pflegebedürftigen. Besteht keine Pflegeversicherung, ist ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe vorzulegen.

- 2 Ist im Einzelfall der Leistungsnachweis nicht ausreichend oder beantragt der Beihilfeberechtigte abweichend Beihilfe zu einer höheren Pflegestufe, ist mit Zustimmung des Pflegebedürftigen bei der privaten oder sozialen Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
- 3 Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist der Widerspruch gegebenenfalls als unbegründet zurückzuweisen.
- 4 Für Klagen in Angelegenheiten nach dem SGB XI (z. B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einer Pflegestufe) sind die Sozialgerichte zuständig (Artikel 33 PflegeVG).

Zu Absatz 9

Beihilfefähig sind 10 Prozent des nach § 93 Abs. 2 BSHG vereinbarten Heimentgelts, höchstens 256 Euro monatlich.

Zu § 9a

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

Zu § 10

Zu Absatz 1

- 1 Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. April 1976 in der jeweils aktuellen Fassung.
- 2 Die Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. April 1976 in der jeweils aktuellen Fassung.
- 3 Die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. Juni 1998 in der jeweils aktuellen Fassung.

- 4 Die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 24. August 1989 in der jeweils aktuellen Fassung.

Zu Absatz 3

Auch bei im Rahmen von Vorsorgemaßnahmen beschafften Mitteln sind Abzüge nach § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a und b vorzunehmen.

Zu § 11

- 1 Für 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 jeweils geltenden Fassung zu Grunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
- 2 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der Hebammengebührenordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der Hebammengebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.
- 3 Leistungsabrechnungen 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, in dem die Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige ihren Wohn- bzw. Aufenthaltsort hat.

Zu § 12

Zu Absatz 1 Satz 1 Nr. 1

- 1 Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen sowie für beim Arzt/Zahnarzt verbrauchte Arznei- und Verbandmittel, die als Auslagen abgerechnet werden (vgl. § 10 GOÄ).
- 2 Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Nummer 1 ist der Apothekenabgabepreis jedes verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen bzw. bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg des Arznei- und Verbandmittels.
- 3 Bei Aufwendungen für Reparaturen und Betrieb sowie der Unterhaltung von Hilfsmitteln sind keine Eigenbehalte/Abzugsbeträge anzusetzen. Der Eigenbehalt gilt bei Anschaffung (gegebenenfalls Miete, hier nur einmalig für die erste Miete) und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln.
- 4 Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen um 10 Prozent der Kosten, höchstens um 10 Euro für den Monatsbedarf je Indika-

tion. Sofern aus der ärztlichen Verordnung nichts anderes hervorgeht, ist die in der Verordnung angegebene Stückzahl als „Monatsbedarf“ anzusehen. Der Monatsbedarf ist auf den Kalendermonat zu beziehen. Der Mindestabzugsbetrag in Höhe von 5 Euro findet hier keine Anwendung.

- 5 Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 6 entstehenden Beförderungskosten ist der Abzugsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c nur für die erste und letzte Fahrt zu Grunde zu legen. Dies gilt entsprechend bei ambulant durchgeführten Operationen (Nummer 1.2 des Anhangs 1 zu Hinweis 8 zu § 5 Abs. 1) bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen in den jeweiligen Behandlungsfall sowie bei einer ärztlich verordneten - ambulanten - Chemo-/Strahlentherapiesserie.

Zu Absatz 1 Satz 1 Nr. 2

- 1 Der Abzug erfolgt für die ersten 28 Kalendertage; sowohl für den Aufnahme- als auch den Entlassungstag.
- 2 Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbetrag:
 - Entbindungen
 - teilstationäre Behandlungen
 - vor- und nachstationäre Behandlungen
 - ambulante Operationen im Krankenhaus

Zu Absatz 1 Satz 1 Nr. 3

- 1 Der Abzugsbetrag in Höhe von 10 Prozent für die Aufwendungen der vorübergehenden häuslichen Krankenpflege (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 BhV) ist begrenzt auf 28 Tage je Kalenderjahr. 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. Neben dem Abzugsbetrag für die häusliche Krankenpflege wird für jede ärztliche Verordnung ein Betrag von 10 Euro von den beihilfefähigen Aufwendungen einbehalten.
- 2 Wenn häusliche Krankenpflege (mit Eigenbehalt nach § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BhV) mit Behandlungspflege (kein Eigenbehalt nach § 12 BhV) zusammentrifft und der jeweilige anteilmäßige Aufwand nicht aus der ärztlichen Verordnung hervorgeht, ist der Höchstbetrag (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 4 BhV) jeweils hälftig auf beide Leistungsarten aufzuteilen.

Zu Absatz 1 Satz 2

- 1 Psychotherapeutische Leistungen werden den ärztlichen Leistungen gleichgesetzt. Das heißt, dass eine Minderung der Beihilfe für psychotherapeutische Leistungen nicht in Betracht kommt, wenn im gleichen Kalendervierteljahr ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch genommen worden sind und dafür die Beihilfe bereits um 10 Euro gemindert wurde. Dies gilt auch für ärztliche Leistungen, wenn zuvor die Beihilfe auf Grund der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen gemindert wurde.

- 2 Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V (sogenannte „Praxisgebühr“, z. B. bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, freiwillig gesetzlich Versicherten) sowie gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen befreien nicht von Eigenbehalten (Abzugsbeträgen) nach § 12 Abs. 1 Satz 1 und 2 BhV.
- 3 Kieferorthopädische Leistungen sowie Laborleistungen unterliegen ebenfalls dem Abzugsbetrag für ärztliche/zahnärztliche Leistungen. Aufwendungen für Leistungen eines Kieferchirurgen werden den ärztlichen Leistungen zugerechnet.
- 4 Der festgesetzte Beihilfebetrags ist um 10 Euro je Kalendervierteljahr unabhängig von der auf diesen Zeitraum entfallenden Summe der Aufwendungen zu mindern.
- 3 Überschreitet die Summe der Eigenbehalte nach Absatz 1 des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Belastungsgrenze von 2 Prozent bzw. 1 Prozent, so sind auf Antrag ab dem Zeitpunkt der Überschreitung für das restliche Kalenderjahr weder für den Beihilfeberechtigten noch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen weitere Abzugsbeträge von den Aufwendungen abzusetzen; zu viel einbehaltene Eigenanteile sind im Rahmen von Überrechnungen zurückzuerstatten.
- 4 Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. Januar 2004, der auch beihilfeseitig anzuwenden ist, gilt als „schwerwiegend chronisch krank“, wer ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wird und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

Zu Absatz 1 Satz 3

- 1 Für Aufwendungen ambulanter ärztlicher Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 10 erfolgt keine Minderung der Beihilfe nach § 12 Abs. 1 Satz 2.
- 2 Im Rahmen einer Kontrolluntersuchung (zahnärztliche Vorsorgeleistungen) kann der Zahnarzt bei Bedarf einige festgelegte diagnostische und präventive Leistungen vornehmen, ohne dass eine Minderung der Beihilfe nach § 12 Abs. 1 Satz 2 erfolgt. Zu diesen Aufwendungen ambulanter zahnärztlicher Vorsorgeleistungen gehören:

GOÄ 1; GOZ 001; GOZ 007; GOZ 100; GOZ 101; GOZ 102; GOZ 200; GOZ 405; GOZ 406 und Erhebung des PSI-Indexes.

Es können maximal zwei solcher Kontrolluntersuchungen jährlich abzugsfrei durchgeführt werden.

Diese Regelung gilt allerdings nicht, wenn im Rahmen einer solchen Untersuchung oder bei einem weiteren Termin eine Behandlung erforderlich wird.

- 3 Für Hilfsmittel, für die Höchstbeträge festgelegt sind (z. B. Hörgeräte, Perücken), erfolgt kein Abzug (Eigenbehalt) nach § 12 Abs. 1. Diese Ausnahme gilt nicht für Hilfsmittel, für die lediglich ein sogenannter „Eigenanteil“ ausgewiesen ist (z. B. bei orthopädischen Maßschuhen).

Zu Absatz 2

- 1 Eine Befreiung von Eigenbehalten (Abzugsbeträgen) nach Absatz 1 wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres.
- 2 Bei der Ermittlung des für das Erreichen der Belastungsgrenze maßgeblichen Einkommens wird das Einkommen des Ehegatten nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Bei verheirateten Beihilfeberechtigten vermindert sich das Einkommen um 15 Prozent und für jedes Kind um den sich aus § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes (EStG) ergebenden Betrag.

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von mindestens 60 Prozent nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor, wobei der GdB bzw. MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die auf Grund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähige „chronische Krankheit“ vor. Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. Der Beihilfeberechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (z. B. ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt.

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

Zu § 13

Zu Absatz 1

- 1 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.
- 2 Den Belegen über die Aufwendungen von mehr als 550 Euro ist eine Übersetzung beizufügen.

3 Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt als Wohnort

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

Dies gilt nicht, soweit die besonderen Bestimmungen nach § 18 Abs. 5 anzuwenden sind.

4 Aufwendungen für Behandlungen

- a) im Kleinen Walsertal (Österreich),
- b) in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) der Stiftung Deutsche Heilstätte Davos und Agra,
- c) in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos (Schweiz), geführt von der Klinik Alexanderhaus Davos GmbH, Davos Platz,

gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden; in den Fällen der Buchstaben b und c jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 7, sofern nicht in den Fällen der Buchstaben b und c im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 medizinisch indiziert ist.

5 Absatz 1 stellt auf die Aufwendungen ab, die beim Verbleiben am Wohnort entstanden wären. Nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 3 ist als Kassenleistung der Betrag in Abzug zu bringen, den die Krankenkasse beim Verbleiben am Wohnort geleistet hätte; hilfsweise kommt § 5 Abs. 3 Satz 4 zur Anwendung.

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

Zu Absatz 2

Wird ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger 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 für eine Heilkur (vgl. Absatz 3) beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Zu Absatz 3

Das Heilkurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern als Anhang 3 herausgegeben.

Zu § 14

Zu Absatz 1

Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 5 Abs. 2). Dabei ist in den Fällen des Satzes 3 der erhöhte Bemessungssatz für alle Aufwendungen zu Grunde zu legen, die während des Zeitraums der Zahlung des erhöhten Familienzuschlages entstanden sind bzw. entstanden wären, wenn ein Familienzuschlag zustünde (§ 3 Abs. 1 Nr. 2).

Zu Absatz 3

- 1 Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, das heißt zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen weitgehend deckt. Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.
- 2 Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. Ein Leistungsausschluss liegt u. a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.
- 3 Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z. B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.
- 4 Absatz 3 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach § 9.

Zu Absatz 4

- 1 Der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche, wie sie Pflichtversicherten gewährt werden, sind Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die freiwillig Versicherten in Höhe des Wertes einer an sich zustehenden Sachleistung gegebenenfalls nach Abzug eines Mengenrabatts, Unwirtschaftlichkeitsabschlags und dergleichen gezahlt werden. Für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, die bereits am 1. Oktober 1985 einer geschlossenen Beitragsklasse angehört haben, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 als erfüllt, solange sie in dieser Beitragsklasse verbleiben.
- 2 Sofern die Voraussetzungen des Hinweises 1 erfüllt sind, findet Absatz 4 Satz 1 auch Anwendung für Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlungen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung hierzu nur für einzelne Aufwendungen Kostenanteile leistet.
- 3 Sind die Voraussetzungen des Hinweises 1 nicht erfüllt, richtet sich der Bemessungssatz nach Absatz 1. Entsprechendes gilt für Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Kostenerstattung geleistet hat.
- 4 Der danach erforderliche Nachweis über die Beitragshöhe für eine beihilfekonforme Krankenversicherung bzw. die Nichtaufnahme ist durch Angebote von mindestens zwei privaten Krankenversicherungen zu führen. Die Angebote sollen zum Feststellungszeitpunkt nicht älter als sechs Monate sein. Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 Prozent der Aufwendungen ermöglicht. In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 12 Euro täglich einzubeziehen.

Der Nachweis über die Beitragshöhe gilt als erbracht bei den Personen, denen bis zum 30. Juni 1990 die Beitragsermäßigung nach § 248 Abs. 2 SGB V gewährt wurde.
- 5 Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag bleiben unberücksichtigt.
- 6 Für freiwillig versicherte Beamte, die in der knappschaftlichen Krankenversicherung tätig sind und für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen gemäß § 14 SGB V Leistungen aus der Teilkostenerstattung nach § 56 der Satzung der Bundesknappschaft erhalten, finden § 14 Abs. 4 Satz 1 und § 5 Abs. 3 keine Anwendung. Insoweit gelten die Bemessungssätze des § 14 Abs. 1.
- 7 Keinen Zuschuss im Sinne von Absatz 4 Satz 2 stellt eine Beitragserstattung nach § 5 Abs. 3 Elternzeitverordnung - EltZV - bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Eine derartige Beitragserstattung hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.
- 8 Nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören Selbstbehalte nach speziellen Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Absatz 5

- 1 Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes des Zuschussesempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen; hierbei bleiben Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag unberücksichtigt.
- 2 Hinweis 7 zu Absatz 4 gilt sinngemäß für Versicherte in einer privaten Krankenversicherung.

Zu Absatz 6

- 1 Für die Erteilung des notwendigen Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern zur Erhöhung des Bemessungssatzes gemäß Nummer 2 wegen hoher Beitragsbelastung bei einem Empfänger von Versorgungsbezügen (Absatz 1 Satz 2 Nr. 2) mit geringem Gesamteinkommen wird vorläufig folgender Maßstab zu Grunde gelegt:

Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung (vgl. Hinweis 4 zu Absatz 4) muss 15 Prozent des Gesamteinkommens übersteigen.

Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen des Versorgungsempfängers und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI.

Die 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. Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um 10 Prozent. Die Erhöhung gilt für den Versorgungsempfänger und den berücksichtigungsfähigen Ehegatten und erfolgt auf Dauer.

Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 15 Abs. 1 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen.

- 2 Ein besonderer Ausnahmefall im Sinne der Nummer 2 kann auch vorliegen, wenn sich aus der Anwendung des § 5 Abs. 4 Nr. 4 Härten ergeben könnten.

Zu § 15

Zu Absatz 1

Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. gegenüberzustellen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den §§ 6 bis 13 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinaus-

gehen (z. B. Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen für nicht verordnete Arzneimittel, für Mittel nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 4 sowie die nach § 6 Abs. 2 und Abs. 4 Satz 1 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Aufwendungen.

Zu Absatz 2

- 1 Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag - etwa für die einzelnen Positionen - die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen solche nach §§ 8 und 9, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.
- 2 Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Vohundert-satz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.
- 3 Übersteigt der Betrag der nach § 14 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

Zu Absatz 3

Die Beihilfefestsetzungsstellen werden hierdurch ermächtigt mit Leistungserbringern Verträge zur Kostensenkung abzuschließen. Zu nennen sind hier z. B. Hilfsmittellieferanten, Apothekenverband, Versandapotheken, Krankenhäuser, Sanatorien. Die beihilfefähigen Aufwendungen werden dann auf diese mit dem Leistungserbringer vereinbarten Kostensätze reduziert. Die Beihilfeberechtigten sind über den Abschluss derartiger Vereinbarungen in geeigneter Form zu unterrichten.

Zu § 16

- 1 Für die bis zum Tod oder aus Anlass des Todes eines Beihilfeberechtigten für ihn und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstandenen Aufwendungen sind die sich für die einzelnen Personen nach § 14 ergebenden Bemessungssätze zu Grunde zu legen, wie sie am Tage vor dem Tod maßgebend waren.
- 2 Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

Zu § 17

Zu Absatz 1

- 1 Aufwendungen für Halbweisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbweise nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung bestehen. Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 3 wird nicht begründet.
- 2 Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 2 erfüllt waren.
- 3 Beihilfen sind mit dem Formblatt 6¹ zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 90 BSHG.

Sofern Beihilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Vordrucke verwendet werden.

- 4 Der Kurzantrag (Formblatt 6a)² kann verwendet werden, wenn sich seit der Erfassung der Stammdaten mit Formblatt 6 keine Veränderungen ergeben haben. Die Verwendung des Kurzantrags entbindet den Beihilfeberechtigten nicht von der Verpflichtung zu richtigen und vollständigen Angaben. Die Festsetzungsstelle kann in Zweifelsfällen die Vorlage eines Antrags in Langform (Formblatt 6) verlangen.

¹ Im Geltungsbereich des Landesbeamtengesetzes kann die Beihilfestelle den Vordruck den örtlichen Gegebenheiten anpassen.

² Im Geltungsbereich des Landesbeamtengesetzes kann die Beihilfestelle den Vordruck „Kurzantrag“ den örtlichen Gegebenheiten anpassen oder seine Verwendung ausschließen.

Formblatt 6

(Hinweise zu § 17 Abs. 1)

Eingangsstempel

**Vertrauliche
Beihilfeangelegenheit**

Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen.

An die
Festsetzungsstelle

**Antrag auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
nach den Beihilfevorschriften (BhV) des Bundes**

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung		Geburtsdatum	Kundennummer /
Anschrift		Telefon privat (bitte mit Vorwahl)	
Dienststelle, Anschrift		Behördenkennziffer und Personalnummer der Bundesbesoldungsstelle	
Haus-/Zimmer-Nr.	Telefon dienstl. (bitte mit Vorwahl)	Bei Beamten im Vorbereitungsdienst: Lehrgangs-Nummer	

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen.

Zutreffendes bitte ankreuzen und/oder ausfüllen

(Bei erstmaliger Antragstellung beim Bundesverwaltungsamt sind durchgängig vollständige Angaben notwendig.)

1 Angaben zur Beschäftigung

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

vollbeschäftigt seit	teilzeitbeschäftigt von - bis mit Wochenstunden	befristet beschäftigt von - bis
Elternzeit von - bis	Beurlaubung ohne Dienstbezüge gem. § 72a (4) S. 1 Nr. 2 BBG von - bis	sonstige Beurlaubung ohne Dienstbezüge von - bis (Rechtsgrundlage)

2 Im Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

1. Kind - Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum
2. Kind - Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum
3. Kind - Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum
4. Kind - Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum

Wegfall eines Kindes aus dem Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag (Vorname)	ab
Wiederaufnahme eines Kindes in den Familien-, Orts- bzw. Sozialzuschlag nach einer Unterbrechung (z. B. Wehr- oder Zivildienst) (Vorname)	ab

3 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen?

keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Personen	Private Krankenversicherung*	Gesetzliche Krankenversicherung			Freie Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattungsanspruch**	Keine Krankenversicherung
		pflichtversichert (§ 5 SGB V)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V)	familierversichert (§ 10 SGB V)		
Beihilferechtigte/r	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)
Ehegatte	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)
1. Kind	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)
2. Kind	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)
3. Kind	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)
4. Kind	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)	ab dem (Datum)

Bei **privater Krankenversicherung** ist als Nachweis eine Kopie des aktuellen Versicherungsscheins notwendig. Zu den **gesetzlichen Krankenversicherungen** gehören z. B. AOK, BKK, Ersatzkassen und knappschaftliche Krankenversicherung. Ein **Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung** kann z. B. nach Beamtenrecht (insbesondere als Folge eines Dienstunfalls) oder Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Lastenausgleichsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Entwicklungshelfergesetz oder auf Grund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen.

* Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung (nicht: Beitragsänderung) bitte einen Nachweis beifügen.

** Bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

Hier bitte auch etwaige Änderungen des **Versicherungsschutzes bei Rentenanspruch** oder Arbeitslosigkeit eintragen.

4.1 Besteht für Sie oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine *anderweitige* Beihilfeberechtigung?

nein ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung:

Beihilfeberechtigung auf Grund		
<input type="checkbox"/> des Erhalts von Versorgungsbezügen (§ 2 BeamtVG)		Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst		Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungsverhältnisses bei sonstigen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.		Wer
<input type="checkbox"/> eines Abgeordnetenverhältnisses		Wer
<input type="checkbox"/> als Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> als Abgeordnete/r <input type="checkbox"/> als Versorgungsempfänger/in		
gegenüber wem		ab (Datum)

4.2 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen (z. B. vom Arbeitgeber oder RV-Träger) gewährt?

nein ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung:

welcher Person	ab (Datum)	Höhe des monatlichen Zuschusses
Bei freiwilliger Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Vollendung des 65. Lebensjahres: Der Krankenversicherungsbeitrag ist gem. § 240 Abs. 3 a) SGB V <i>ermäßigt</i> seit (Datum)		

5 Ist ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei einem anderen *Beihilfeberechtigten* ebenfalls berücksichtigungsfähig?

nein ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung:

welche Person	bei wem (Aufwendungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden)
ab (Datum)	

6 Werden Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten geltend gemacht?

nein ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung:

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet seit
Überstiegen die Einkünfte Ihres Ehegatten (§ 2 Abs. 3 EStG) im vorletzten Kalenderjahr vor Antragstellung den Betrag von 18.000 EUR?				
<input type="checkbox"/> nein; Nachweis wird ggf. angefordert <input type="checkbox"/> ja				
Werden die Einkünfte im laufenden Kalenderjahr diesen Betrag voraussichtlich ebenfalls übersteigen?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				

7 Stehen Aufwendungen im Zusammenhang mit einem *Unfall* oder einem anderen schädigenden Ereignis?

nein ja, aber keine Änderungen gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben!) ja, (Unfallschilderung beifügen)

Es handelt sich um	einen Dienstunfall	einen Arbeitsunfall	einen Schulunfall	einen sonstigen Unfall	ein anderes schädigendes Ereignis
	<input type="checkbox"/> (z. B. Berufskrankheit)				
Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)? - Bitte auch Belege mit dem Hinweis „Unfall“ versehen					
Besteht für die unfallbedingten Aufwendungen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? (Zu den Ansprüchen auf Kostenerstattung gehören auch Ansprüche z. B. gegen Schulträger, Sportvereine)					
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Erstattungspflichtigen, Aktenzeichen, Versicherungsnummer					

8 Werden Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Heilbehandler usw.) geltend gemacht?

nein ja. Der/Die Behandelnde ist

Ehegatte	Kind	Elternteil	der behandelten Person.	Beleg-Nr. (Bitte Nachweis über entstandene Sachkosten beifügen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

9 Wird eine Pauschalbeihilfe für häusliche Pflege geltend gemacht?

nein ja

Pflegestufe	Leistungszusage mit Pflegestufe der Pflegeversicherung			
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt bei		
Name der pflegebedürftigen Person	Name der pflegenden Person	Zeitraum (vom - bis zum)		
Unterbrechung der Pflege				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
vom - bis zum (einschl.)	Grund			

10 Werden Aufwendungen für Krankheiten, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind, geltend gemacht?

nein ja, folgende:

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag	Nachweis-Versicherungsschein über Ausschluss usw. beifügen, soweit nicht vorliegend
---	--------	---

11 Sind Sie in das Ausland abgeordnet oder befindet sich Ihr dienstlicher Wohnsitz im Ausland?

nein ja

Wird von der Auslandsvertretung/bei Auslandslehrkräften auch vom Verwaltungsleiter ausgefüllt

Die Ortsüblichkeit und Angemessenheit der Aufwendungen wird bestätigt	
Stationäre Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Die gewählte Art der Unterbringung entspricht einem 2-Bett-Zimmer im Inland <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum	
Stempel/Unterschrift	

12 Auszahlung der Beihilfe

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag	am (Datum)
Die Überweisung soll erfolgen auf <input type="checkbox"/> mein bekanntes Konto. <input type="checkbox"/> nachstehendes Konto:		
Geldinstitut mit Ortsangabe		
Bankleitzahl	Kontonummer	
Inhaber des Kontos (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)		

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ort, Datum	Bei Vertretung: Unterschrift des Vertreters <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt bei
Unterschrift des/der Beihilfeberechtigten	

Formblatt 6a

(Hinweise zu § 17 Abs. 1 BhV)

Eingangsstempel

An die Festsetzungsstelle

**Vertrauliche
Beihilfeangelegenheit** Ich bitte, dem Beihilfebescheid einen neuen Papiervordruck beizufügen.**Antrag auf Beihilfe KURZANTRAG**in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach den Beihilfavorschriften (BhV) des Bundes
zur **Vorlage bei der Festsetzungsstelle**

Name, Vorname, Amts- oder Dienstbezeichnung		Geburtsdatum	Kundennummer /
Anschrift		Telefon privat (bitte mit Vorwahl)	
Dienststelle, Anschrift		Behördenkennziffer und Personalnummer der Bundesbesoldungsstelle	
Haus-/Zimmer-Nr.	Telefon dienstl. (bitte mit Vorwahl)	Bei Beamten im Vorbereitungsdienst: Lehrgangs-Nummer	

Hiermit beantrage ich eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und belegten Aufwendungen.

1 - 11 Keine Änderung zu den letzten Angaben **Bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderung der persönlichen Verhältnisse ist der vierseitige Beihilfeantrag zu verwenden.****12 Auszahlung der Beihilfe**

Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich einen Abschlag erhalten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag	am (Datum)
Die Überweisung soll erfolgen auf mein bekanntes Konto <input type="checkbox"/> nachstehendes Konto: Geldinstitut mit Ortsangabe		
Bankleitzahl	Kontonummer	
Name des Kontoinhabers (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)		

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilfeberechtigung sind. Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher keine Beihilfe beantragt.

Die erforderlichen Belege über die entstandenen Aufwendungen sind beigelegt. Nachträgliche Ermäßigungen oder Preisnachlässe sowie außervertragliche Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsstelle anzeigen.

Ort, Datum
Unterschrift der Beihilfeberechtigten/des Beihilfeberechtigten

Vollmacht liegt vor
Vollmacht liegt bei

Zu Absatz 2

Die Antragsgrenze von 200 Euro gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

Zu Absatz 3

Die Aufwendungen sind nach Möglichkeit durch Originalbelege nachzuweisen. Duplikate, Kopien und Abschriften sollen anerkannt werden, wenn sie beglaubigt oder wenn sie erkennbar vom Rechnungssteller ausgefertigt sind, es sei denn, Originalbelege sind vorgeschrieben (§ 16 Abs. 1 Satz 3, § 17 Abs. 3 Satz 2).

Zu Absatz 4

In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Bei-

hilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.

Zu Absatz 6

Die Verwendung der Belege für Beihilfezwecke soll in der Weise kenntlich gemacht werden, dass auch bei mehreren Beihilfeberechtigungen andere Verwaltungen die Verwendung erkennen können.

Zu Absatz 7

- 1 Soweit ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung, ein Sanatorium oder eine Dialyse-Institution auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, können auf Antrag des Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen geleistet werden. Für die Beantragung können folgende Formblätter 9 und 10 verwendet werden:

Formblatt 9

(Hinweise zu § 17 Abs. 7 BhV)

 An Festsetzungsstelle

**Antrag auf Abschlagszahlung
für eine zu erwartende Beihilfe bei**
 stationärer Krankenhausbehandlung
 Anschlussrehabilitation
 Sanatoriumsbehandlung

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1 Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		
.....		

2 Erkrankte Person

Antragsteller <input type="checkbox"/>	Ehegatte (Vorname) <input type="checkbox"/>	Kind (Vorname) <input type="checkbox"/>
---	--	--

3 Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung/des Sanatoriums		
.....		
Voraussichtliche Behandlungsdauer	Allgemeiner Pflegesatz (Euro)	zu leistende Vorauszahlung (Euro)
Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (Euro)	- nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird	

4 Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung. Die Überweisung soll erfolgen: <input type="checkbox"/> an mich <input type="checkbox"/> an das Krankenhaus <input type="checkbox"/> an die Rehabilitationseinrichtung <input type="checkbox"/> an das Sanatorium		
Name und Sitz des Geldinstituts		Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
Bankleitzahl	Konto-Nr.	

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/des Bevollmächtigten
------------	--

Formblatt 10

(Hinweise zu § 17 Abs. 7 BhV)

An Festsetzungsstelle

**Antrag auf Abschlagszahlung
für eine zu erwartende Beihilfe bei Dialysebehandlung**Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen **1 Antragsteller (Beihilfeberechtigter)**

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		
.....		

2 Erkrankte Person

Antragsteller <input type="checkbox"/>	Ehegatte (Vorname) <input type="checkbox"/>	Kind (Vorname) <input type="checkbox"/>
---	--	--

3 Kosten

Name und Anschrift der Dialyse-Institution	
.....	
Behandlungsdauer	Voraussichtliche Kosten (Euro)

4 Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung und Überweisung an die Dialyse-Institution		
Name und Sitz des Geldinstituts		Kontoinhaber
Bankleitzahl	Konto-Nr.	

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/des Bevollmächtigten
------------	--

- 2 In den Fällen des § 9 Abs. 4 und 7 kann auf Antrag für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten (Hinweis 3 zu § 9 Abs. 4) endgültig festzusetzen.

Anhang 1
(Hinweis 8 zu § 5 Abs. 1 BhV)

Hinweise zum Gebührenrecht

Zu Absatz 9

- 1 Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen.
- 2 Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 90 BSHG einen Beihilfeanspruch geltend machen. Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er dem Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. Eine Überleitung nach § 90 BSHG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für seine berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) entstanden sind. In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und gegebenenfalls Anfechtungsklage zu erheben.
- 3 Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt den Beihilfeberechtigten nach § 29 BSHG im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfeträger ist zulässig. Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1).
- 4 Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Absatz 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung
 - den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt),
 - den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
 - die Art (z. B. Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
 - die Leistungshöhe

enthält. Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfeträgers anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Satz 3) und gegebenenfalls der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1 Bemessung der Gebühren

Nach § 5 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen, bei den sogenannten medizinisch-technischen Leistungen - § 5 Abs. 3 GOÄ - nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen sowie bei Laborleistungen - § 5 Abs. 4 GOÄ - nach dem Einfachen bis 1,3fachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. Überschreitet eine Gebühr den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 oder Abs. 4 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn der Rechnungsaussteller dargelegt hat, dass Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien die Überschreitung der Schwellenwerte rechtfertigen. Aus der Begründung der Rechnung muss ersichtlich sein, dass die Leistung auf Grund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Dazu reicht im Allgemeinen eine stichwortartige Kurzbegründung aus, in der die „Besonderheiten“ der einzelnen Leistung substantiiert angesprochen sind. Besonderheiten der Bemessungskriterien können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

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

Eine einfache Wiederholung der Bemessungskriterien reicht folglich nicht aus.

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 17.02.1994 - 2 C 10.92 - (NJW 1994, S. 3023) hat die Überschreitung des Schwellenwertes „den Charakter einer Ausnahme“; Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwendige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decken in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. In Fortführung

dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 30.05.1996 - 2 C 10.95 - (NJW 1996, S. 3094) darauf hingewiesen, dass die Beihilfefestsetzungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen sind. Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der GOÄ ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührensatzes bestehen.

Aufwendungen über den Schwellenwert hinaus sind nicht schon wegen der Besonderheiten der angewandten Verfahren beihilfefähig, sondern vor allem wegen Besonderheiten, die gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle aufgetreten sind (personenbezogene Bemessungskriterien), z. B. besondere Erschwernis bei einer Unterleibsoperation wegen anlagebedingter starker Blutungsneigung der Patientin. Besonderheiten im Bereich des behandelnden Arztes, z. B. seine besondere Qualifikation (Chefarzt, Professor usw.), oder der Einsatz eines besonders teuren Gerätes bei der Leistungserbringung scheiden als Gründe für die Überschreitung der Schwellenwerte grundsätzlich aus.

Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im Zusammenhang stehen (leistungsbezogene Begründungen). Verwachsungen im Operationsbereich können z. B. Anlass für das Überschreiten des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie Visiten, Infusionen, Injektionen usw. dar. Als leistungsbezogene Begründung kann unter Umständen auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), z. B. bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Vertrages über die Wahlleistungen benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, ist ein Überschreiten der Schwellenwerte nicht zulässig (§ 5 Abs. 5 GOÄ).

1.2 Leistungen bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen

Nach Auffassung des zuständigen Bundesministeriums ist eine Leistungserbringung außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus für sich allein keine ausreichende Begründung für ein Überschreiten der Schwellenwerte nach § 5 Abs. 2 GOÄ (2,3facher, 1,8facher bzw. 1,15facher Satz). Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

1.3 Minderung der ärztlichen Honorare bei stationärer Behandlung

Nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge (ausgenommen der Zuschlag nach Buchstabe J im Abschnitt B V) um 25 Prozent zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 Prozent.

Entsprechende Minderungssätze gelten nach § 7 GOZ auch für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privat Zahnärztliche Leistungen.

Der jeweilige Minderungsbetrag ist in der Rechnung anzugeben (§ 12 Abs. 2 Nr. 3 GOÄ bzw. § 10 Abs. 2 Nr. 3 GOZ). Für die Begründungspflicht bei Überschreiten der Schwellenwerte ist der Gebührensatz vor Abzug des Minderungsbetrages maßgebend (§ 12 Abs. 3 Satz 1 GOÄ bzw. § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

Nach den Urteilen des Bundesgerichtshofes vom 14.01.1998 - IV ZR 61/97 (NJW 1998, S. 1790), vom 17.09.1998 - III ZR 222/97 (NJW 1999, S. 868) und vom 13.06.2002 - III ZR 186/01 (NJW 2002, S. 2948) sind die Gebühren nach § 6a Abs. 1 GOÄ für sämtliche wahlärztliche, belegärztliche, konsiliarärztliche und sonstige privatärztliche Leistungen zu mindern, die untrennbar mit einer vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung verbunden sind. Dies gilt unabhängig vom Ort der Leistungserbringung - auch wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien eingesetzt hat (externe Leistungserbringung). Der Vorschrift liegt zur Harmonisierung von Bundespflegesatzverordnung und GOÄ eine pauschalierende Betrachtungsweise zu Grunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstehen, denn § 6a GOÄ soll nicht das Kosteninteresse des Leistungserbringers, sondern den Patienten vor finanziellen Benachteiligungen schützen.

1.4 Berechenbarkeit einer Leistung nach Nummer 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Berechnungsfähigkeit einer Leistung nach Nummer 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Nach ihrem Sinn und Zweck soll die Gebührenposition nach Nummer 4 des GOÄ-Gebührenverzeichnisses die Abrechnung einer Anamneseerhebung und/oder Beratung auch dann ermöglichen, wenn diese nach den besonderen Umständen des Behandlungsfalles die Einbeziehung einer Bezugs- oder Begleitperson erfordert, weil eine unmittelbare Vornahme gegenüber dem behandelten Patienten nicht möglich oder nicht sinnvoll ist. Sofern die

Anamneseerhebung über eine Bezugsperson bei bestimmten Personengruppen (z. B. bei Kindern) auch bei „normalem“ Gesundheitszustand den Regelfall bildet, muss diese als mit den Leistungen nach den Nummern 1 bzw. 3 abgegolten betrachtet werden. Eine Berechnung der Nummer 4 im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern wird deshalb in der Regel nur bei Vorliegen besonderer Erschwernisse (z. B. bei behinderten Kindern) geboten sein.

Sofern aus im Einzelfall gegebenem Anlass die Leistung nach Nummer 4 - auch im Hinblick auf eine dabei unter Einbeziehung einer Bezugsperson vorgenommene Beratung - berechnet werden kann, ist daneben für die Abrechnung einer Beratung nach den Nummern 1 oder 3 kein Raum. Da es sich bei der im Leistungstext der Nummer 4 angesprochenen „Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en)“ charakteristischerweise um eine Leistung mit beratendem Inhalt handelt, ist diese mit der Gebühr nach Nummer 4 abgegolten und kann daneben nicht gesondert nach den Nummern 1 oder 3 abgerechnet werden. Dem steht das Fehlen eines formellen Abrechnungsausschlusses (z. B. „...ist daneben nicht berechnungsfähig“), dem insoweit ohnehin nur deklaratorische Bedeutung zukommen könnte, nicht entgegen, da sich der Abrechnungsausschluss allgemein bereits aus § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ ergibt.“

1.5 Wegegeld und Besuchsgebühren

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Voraussetzungen für die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nach der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nummern 48 bis 51 sowie Zuschläge nach Abschnitt B V, Buchstaben E bis H und K 2 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinne liegt vor, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht.

Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig (Abschnitt B Ziffer 6 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nur in Betracht, wenn der Arzt nicht vereinbarungsgemäß oder regelmäßig beigezogen, sondern für einen bestimmten Patienten im konkreten Fall angefordert wird.“

1.6 Ambulantes Operieren

Nach Abschnitt C VIII des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen können zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 berechnet werden. Die Zuschläge sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig und in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

1.7 Sonstige Auslegungsfragen zur GOÄ und analoge Bewertungen

Bei der Bundesärztekammer wurde ein „Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“ eingerichtet. Dieser Konsultationsausschuss gibt sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der GOÄ gegenüber Ärztekammern und Mitgliedern ab. Die einvernehmlichen Beschlüsse sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Nach § 6 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen (analoge Bewertung). Das nachfolgende von der Bundesärztekammer herausgegebene Verzeichnis analoger Bewertungen ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. Darin sind die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Analogbewertungen enthalten.

1.7.1 Verzeichnis der Analogbewertungen

Nr.	Leistung	Analog-Nr. GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten bei Asthma bronchiale, Hypertonie - einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung	33	300	17,49
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus	70	40	2,33
A 353	Einbringung des Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z. B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie	351	500	29,14
A 409	A-Bild-Sonographie	410	200	11,66
A 482	Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z. B. ACE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z. B. Unterkühlung)	832	158	9,21
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie oder Fußblock	476	380	22,15
A 618*	H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617*	341	19,88
A 619*	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen	615*	227	13,23
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalmittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotenziale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotenzial-EKG)	652	445	25,94
A 704	Analtometrie	1791	148	8,63
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EGK- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26
A 796*	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad-/Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650*	152	8,86
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	887	200	11,66

Nr.	Leistung	Analog-Nr. GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 1006*	Gezielte weiterführende differentialdiagnostische sonographische Abklärung bei auf Grund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, das mindestens über 64 Kanäle im Sendebereich und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt, ggf. mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf, im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, Anlage 1c zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend, je Sitzung	5373*	1900	110,75
A 1007	Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation, einschließlich eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung, ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, ggf. einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend	424 plus 404 plus 406	700 plus 250 (Einfachsatz) plus 200 (Einfachsatz)	40,80 plus 4,57 plus 1,66
A 1008	Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder direktionale Doppler-sonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse, ggf. zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend	649	650	37,89
	<i>Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.</i>			
	<i>Voraussetzung für das Einbringen der Leistungen nach Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 ist der Nachweis der Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde oder der fakultativen Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation.</i>			
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallsicht	1158	739	43,07
A 1387	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling. <i>Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut und Glaskörper berechnungsfähig.</i>	2551	7500	437,15

Nr.	Leistung	Analog-Nr. GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 1387.1	<p>Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation).</p> <p><i>Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1: Die Ausschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen - je nach Indikation - die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z. B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.</i></p>	2551 plus 2531	7500 plus 7500	437,15 plus 437,15
A 1387.2	Macula-Rotation	1375	3500	204,01
A 1716	Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z. B. nach Sachse)	1802	739	43,07
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters, einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband	1833	237	13,81
A 3732*	Troponin-T-Schnelltest	3741*	200	11,66
A 3733*	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736*	120	7,00
A 3734*	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736*	120	7,00
A 3757*	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	3760*	70	4,08
A 4463*	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462*	230	13,41
A 7001	<p>Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit</p> <p>Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfenprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens.</p>	1225	121	7,05
A 7002	<p>Qualitative Aniseikonioprüfung mittels einfacher Trennverfahren</p> <p>Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden.</p>	1200	59	3,44
A 7003	Quantitative Aniseikoniemessung, ggf. einschließlich qualitativer Aniseikonioprüfung	1226	182	10,61

Nr.	Leistung	Analog-Nr. GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 7006	Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung	1227	248	14,46
A 7007	Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6	825	83	4,84
A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge	1249	484	28,21
A 7009	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen	415	300	17,49
A 7010	Laserscanning-Ophthalmoskopie	1249	484	28,21
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA)	423	500	29,14
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie	1229	182	10,61
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation	1227	248	14,46
A 7014	Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung	413	280	16,32
A 7015	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung	410 420	200 80	11,66 4,66
A 7016	Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge	1212	132	7,69
A 7017	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits	424 plus 406	700 plus 200	40,80 plus 11,66
A 7018	Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge	1298	132	7,69
A 7019	Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung	1215	121	7,05
A 7020*	Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression	1257*	242	14,11
A 7021	Operative Reposition einer intraokularen Linse	1353	832	48,50
A 7022	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings	1326	1110	64,70
A 7023	Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laser-scanning Ophthalmoskopie	1217	242	14,11
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklodeviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test	1217	242	14,11

Nr.	Leistung	Analog-Nr. GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (sog. Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	1480	86,27
A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse <i>Eine Berechnung der Nr. 7026 neben einer Katarakt-Operation, z. B. nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in der gleichen Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff auf Grund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z. B. der subluxierten Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.</i>	1326	1110	64,70
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer	1217	242	14,11
A 7029	Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung	1366	1110	64,70

* Reduzierter Gebührenrahmen

1.7.2 Medizinisches Aufbautraining/Medizinische Trainings-therapie

Nach einem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung sind folgende Leistungen bis zum 2,3fachen bzw. 1,8fachen der Einzelsätze der GOÄ beihilfefähig:

- Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainings-therapie/zum Medizinischem Aufbautraining einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 GOÄ. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
- Medizinische Trainingstherapie/Medizinisches Aufbau-
training mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen (z. B. MedX-CE-/und/oder LE-Therapiemaschinen) analog Nummer 846 GOÄ, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 GOÄ (je Sitzung), zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

1.7.3 Extrakorporale Stoßwellentherapie

Auf Grundlage eines Beschlusses der Bundesärztekammer kann die Extrakorporale Stoßwellentherapie bei den in Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 genannten Indikationen analog der Nummer 1800 GOÄ (je Sitzung, 1480 Punkte) berechnet werden. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Die Behandlung einer Pseudarthrose setzt auf Grund größerer Risiken zwingend besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Traumatologie voraus, die verbunden mit einem im Einzelfall höheren Schwierigkeitsgrad und überdurchschnittlichen Zeitaufwand Gebühren bis zum 3,5fachen Gebührensatz rechtfertigen können.

2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

2.1 Praxiskosten

Gemäß § 4 Abs. 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist, oder wenn die Aufwendungen einen erheblichen Anteil am Honorar des Zahnarztes für diese Leistung ausmachen würde. Zu den Praxiskosten gehören nicht Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ).

Diese sind neben den Gebühren gesondert berechnungsfähig. Implantatbohrsätze gehören ebenfalls nicht zu den Praxisgebühren und können gesondert berechnet werden (BGH-Urteil vom 27.05.2004 - III ZR 264/03). Nicht berechnungsfähig sind dagegen die Kosten, die dem Zahnarzt für die Bevorratung von Implantaten entstehen. Sie sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.

Eine gesonderte Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ darf nur bei den in § 6 Abs. 1 GOZ ausdrücklich genannten Leistungen erfolgen. Eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ auch auf andere zahnärztliche Leistungen ist gemäß § 1 Abs. 1 GOZ ausgeschlossen (vgl. Beschluss des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg vom 19.04.1999 - 4 S 3178/98).

2.2 Bemessung der Gebühren

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nummer 1.1 entsprechend.

Gemäß § 87a SGB V in der Fassung des GKV-Reformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) sind Mehrkosten für lichthärtende Kompositfüllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes berechnungsfähig. Entsprechendes gilt für die Angemessenheit diesbezüglicher Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 BhV.

2.3 Gebühren für andere Leistungen

Gemäß § 6 Abs. 1 GOZ ist die Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen durch Zahnärzte auf die Abschnitte B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nummern 4113 und 4700, N sowie O dieses Gebührenverzeichnisses begrenzt. Soweit Zahnärzte Leistungen aus diesen Abschnitten erbringen, bestimmt sich die Vergütung dieser Leistungen nach den Vorschriften der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung. Dazu hat das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium wie folgt Stellung genommen:

„Die Verweisung betrifft nur solche Abschnitte der GOÄ, in denen Leistungen enthalten sind, die für Zahnärzte nach dem Berufsrecht in Frage kommen können. Die Verweisung auf ganze Abschnitte des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist aus pragmatischen, regelungstechnischen Gründen erfolgt. Aus diesen Abschnitten kann der Zahnarzt nicht alle Leistungen erbringen und berechnen, sondern nur solche Leistungen, die zu seinen beruflichen Leistungen gehören (§ 1 Abs. 1 GOZ) und den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechen (§ 1 Abs. 2 GOZ).“

2.4 Analoge Bewertungen

Gemäß § 6 Abs. 2 GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach In-Kraft-Treten der GOZ

auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer zahnärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung. Dies gilt auch für Leistungen, die lediglich eine besondere Ausführung einer nach dem Gebührenverzeichnis bewerteten Leistung darstellen (§ 4 Abs. 2 GOZ).

2.5 Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der GOZ

2.5.1 Mit der Nummer 203 GOZ sollen besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgegolten werden. Es handelt sich um Maßnahmen (z. B. Separieren oder Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillen einer übermäßigen Papillenblutung), die das Füllen oder Präparieren von Kavitäten erleichtern oder sogar erst ermöglichen. Bei Durchführung mehrerer Einzelmaßnahmen an einem Behandlungstag kann die Gebühr nach Nummer 203 GOZ nur einmal in Ansatz gebracht und damit als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. Urteil des VG Augsburg vom 21.09.2000 - Au 2 K 99.1110 - und Beschluss des Bayer. VGH vom 19.12.2000 - 3 ZB 00.3216 - sowie das Urteil des Bayer. VGH vom 07.10.1993 - 3 B 92.2652). Ein mehrfacher Ansatz der Nummer 203 GOZ für Besonderheiten sowohl beim Präparieren als auch beim Füllen von Kavitäten ist ebenfalls nicht möglich. Die Nummer 203 GOZ kann nur in Verbindung mit Füllungen und Kronen berechnet werden.

2.5.2 Vom Leistungsinhalt der Nummern 205, 207, 209 und 211 GOZ werden auch die Kompositfüllungen erfasst. Zur Bemessung der Gebühren vgl. Hinweise unter Nummer 2.2.

2.5.3 Bei Inlays ist die temporäre Versorgung der Kavität zwischen Präparieren der Kavität und Eingliedern der endgültigen Einlagefüllung Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 215 bis 217 GOZ. Daneben können Gebühren nach den Nummern 227, 228 oder 202 GOZ nicht berechnet werden (vgl. Urteil des BGH vom 13.05.1992 - IV ZR 213/91).

2.5.4 Bei der „professionellen Zahnreinigung“ handelt es sich um Leistungen zur Befreiung der Zahnoberflächen und Zahnwurzeloberflächen von Zahnbelegen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen. Der Leistungsinhalt entspricht unabhängig vom angewandten Verfahren (z. B. Entfernung mit Handgeräten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten, Pulverstrahlgeräten, Scaling-Gels) den Leistungsbeschreibungen der Nummern 405, 406 und 407 GOZ.

2.5.5 Für das Einbringen und Entfernen der Membran im Rahmen der gesteuerten Geweberegenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration, GTR) kann die Nummer 413 GOZ analog als Komplexgebühr oder die

Nummern 412 und 411 GOZ analog jeweils als gesonderte Gebühr für das Einbringen und Entfernen der Membran berechnet werden. Die Kosten für die Membranen (Manschetten) können gesondert berechnet werden.

2.5.6 Neben der Nummer 504 GOZ ist die Nummer 508 GOZ nicht berechenbar. Der Sekundärteil einer Teleskopkrone ist kein Verbindungselement im Sinne der Nummer 508 GOZ (vgl. u. a. Urteil des BVerwG vom 30.05.1996 - 2 C 10.95).

2.5.7 Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach den Nummern 603 bis 608 GOZ können quartalsmäßige Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung (vgl. Rundschreiben des BMI vom 19.05.1988, GMBI S. 311).

Die Leistungen nach den Nummern 603 bis 608 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ als angemessen angesehen werden (vgl. Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 24.03.1997 - 3 B 95.1895).

2.5.8 Die Berechnung der Nummer 619 GOZ kommt grundsätzlich nur bei einer kieferorthopädischen Behandlung in Betracht. Für notwendige Beratungen und Gespräche im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung stehen dem Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 1 GOZ die entsprechenden Gebühren nach der GOÄ zur Verfügung.

2.5.9 Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nummern 215 bis 217 GOZ), Kronen (Nummern 220 bis 222 GOZ), Brücken (Nummern 500 bis 504 GOZ) und Prothesen (Nummern 520 bis 523 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nummern 222, 504 und 523 GOZ auch die Relationsbestimmung bzw. die Bestimmung der Kieferrelation. Deshalb dürfen in zeitlichem Zusammenhang mit diesen Leistungen keine Gebühren aus dem Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der GOZ (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden.

2.5.10 Nummer 3 GOÄ ist neben Nummer 001 GOZ berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungs-, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; die Abrechnungsbestimmung zu Nummer 3 GOÄ ist jedoch zu beachten.

2.5.11 Nummer 5 GOÄ ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der GOZ enthalten ist.

2.6 Besondere Auslegungsfragen zur GOZ

Die einvernehmlichen Beschlüsse des bei der Bundeszahnärztekammer eingerichteten „Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen“ sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Beschluss Nr. 1 vom 07.05.2001:

Bei der Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung, das heißt zeitlich getrennt als vorbereitende Maßnahme zur Implantation, kann neben den Nummern 409, 410 GOZ die Nummer 413 GOZ analog berechnet werden. Bei einseitigem Vorgehen können neben der Nummer 413 GOZ die Nummern 409, 410 GOZ nicht berechnet werden.

Es besteht Konsens, dass GTR/GBR in der Parodontologie seinen Ursprung hat und heute häufig auch in der Implantologie angewendet wird. In der Parodontologie ist anerkannt, dass die Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung nach den Nummern 409, 410 GOZ oder neben der Nummer 413 GOZ analog berechnet werden kann. Es besteht Einigkeit, dass, wenn über eine solche Aussage in der Parodontologie Konsens besteht, sie auch in der Implantologie gelten soll.

Beschluss Nr. 2 vom 07.05.2001:

Nummer 900 GOZ - Implantate, Analyse/Vermessung

Die Nummer 900 GOZ ist einmal pro Kiefer berechenbar, auch bei mehreren Implantatsystemen. Wird die klinische Situation durch präimplantologische chirurgische Eingriffe verändert und ergibt sich dadurch die Notwendigkeit einer erneuten Analyse, so ist die Nummer 900 GOZ erneut berechenbar.

Beschluss Nr. 3 vom 07.05.2001:

Nummer 902 GOZ - Messschablone

Die Leistung nach Nummer 902 GOZ ist je nach Notwendigkeit, gegebenenfalls auch mehrmals pro Implantat berechenbar.

Beschluss Nr. 4 vom 07.05.2001:

Nummer 904 GOZ - Implantate freilegen

Die Leistung nach Nummer 904 GOZ ist pro Implantatpfosten einmal berechnungsfähig. In Ausnahmefällen bei begründeter medizinischer Indikation kann die Nummer 904 GOZ wieder berechnet werden.

Beschluss Nr. 5 vom 07.05.2001:

Nummer 905 GOZ - Implantate, Berechenbarkeit von Nummern 229, 231 und 511 GOZ

Die Nummern 229, 231 und 511 GOZ sind für die Abnahme und Wiederbefestigung bedingt abnehmbarer Suprakonstruktionen berechnungsfähig. Müssen zusätzlich am Implantatkörper Sekundärteile ausgewechselt

werden, so ist die Nummer 905 GOZ zusätzlich berechenbar.

Beschluss Nr. 6 vom 07.05.2001:

Nummer 905 GOZ - Implantate, Sekundärteil auswechseln bei bestehender prothetischer Versorgung

Die Leistung nach der Nummer 905 GOZ ist pro Implantatpfiler und je Sitzung bei einem Wechselvorgang oder Austausch einmal berechenbar.

Die Nummer 905 GOZ ist eine Implantatposition, nicht Hilfsposition bei Suprakonstruktionen.

Beschluss Nr. 7 vom 07.05.2001:

Nummer 2730 GOÄ - Alveolarfortsatz, Lagerbildung für Aufbau

Die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbetts löst keine eigene Gebührenposition aus.

Beschluss Nr. 8 vom 07.05.2001:

Implantate, Verschraubungen

Bei verschraubten Kronen ist die Nummer 508 GOZ in Verbindung mit der Nummer 220/500 GOZ nicht berechnungsfähig, da die Befestigung einer Krone im Zusammenhang mit deren Eingliederung mit der Gebühr für die Krone abgegolten ist (§ 4 Abs. 2 GOZ).

3. Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern bestimmt sich nach § 5 Abs. 1 Satz 3 BhV. Danach sind derartige Aufwendungen angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des GebüH (herausgegeben 1985, Neuauflage in Euro zum 01.01.2002), jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen. Eine Leistungsübersicht des GebüH und die beihilfefähigen Höchstbeträge sind in Nummer 3.2 aufgeführt. Erläuternd ist dabei anzumerken:

- a) Sind unter einer GebüH-Nr. verschiedene Leistungen aufgeführt, die in der GOÄ mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, ist der beihilfefähige Betrag in der Reihenfolge der Leistungszählung untergliedert in A, B etc.
- b) In die GOÄ nicht aufgenommene Leistungen wurden - soweit möglich - analog bewertet oder mit Anmerkungen versehen, die z. B. auf die wissenschaftlich nicht allgemeine Anerkennung nach § 6 Abs. 2 BhV hinweisen.

3.1 Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) wurde von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland 1985 herausgegeben (Neuauflage in Euro zum 01.01.2002) und ist im Folgenden aufgeführt:

Einführung

Heilpraktiker üben ihren Beruf eigenverantwortlich aus und zählen zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG.

Die Tätigkeit der Heilpraktiker beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag mit dem Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 BGB nicht an eine Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen. Der Heilpraktiker schließt mit dem Patienten einen Dienstvertrag (§§ 611 bis 630 BGB), der ihn zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, den Patienten zur Gewährung einer Vergütung verpflichtet.

Nach § 611 BGB ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen Heilpraktiker und Patient überlassen. Wurde beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen, so gilt sie doch nach § 612 BGB als vereinbart. Ist in Ermangelung einer Taxe die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 Abs. 2). Die Höhe der üblichen Vergütung resultiert aus der Bestimmung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB). Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

In einer unter den in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Heilpraktikern durchgeführten Umfrage wurde die Höhe des durchschnittlich festgestellten Honorarrahmens ermittelt. Die Auswertung der ermittelten Honorare fand ihren Niederschlag im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH). Das GebüH ist also keine Gebührentaxe, sondern ein Verzeichnis der durchschnittlich üblichen Vergütungen, welches als Berechnungshilfe bei der Rechnungserstellung dient. Sofern die Höhe des Honorars vor der Behandlung nicht ausdrücklich vereinbart wurde, kann der Patient davon ausgehen, dass sie sich im Rahmen der im GebüH enthaltenen Beträge bewegt.

Allgemeine Grundsätze

Eine Rechnungserstellung hat korrekt im Sinne der Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zu erfolgen. Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zahlungspflichtigen als auch für den möglichen Kostenträger übersichtlich und nachvollziehbar sein. Hierbei sind insbesondere anzugeben:

- a) Vor- und Zuname sowie die vollständige Adresse des Patienten
- b) die vollständige Diagnose
Hierbei sind für alle im entsprechenden zeitlichen Zusammenhang durch den Heilpraktiker festgestell-

ten und/oder behandelten Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen die entsprechenden Diagnosen in nachvollziehbarer Form anzugeben, so dass sich ein erkennbarer Zusammenhang zu allen Behandlungsmaßnahmen sowie den verordneten oder verwendeten Arzneimitteln ergibt.

- c) jede Einzelleistung mit der entsprechenden GebüH-Nr.
- d) jeder Einzelbetrag der entsprechenden Leistung
- e) jeder Leistungskomplex mit dem entsprechenden Datum.

Im Rahmen seines ganzheitlichen Behandlungszieles wendet der Heilpraktiker die notwendigen Verfahren an, die zu einer diagnostischen Abklärung und einer entsprechenden therapeutischen Beeinflussung des jeweiligen Krankheitsgeschehens notwendig sind.

Für die Anwendung von Injektions- und Infusionspräparaten bei erstattungsberechtigten Patienten ist die folgende Anmerkung zu beachten:

Nach § 4 Abs. 3 der Musterversicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungen werden Arzneimittel grundsätzlich nur dann erstattet, wenn sie vom Behandler verordnet und vom Patienten aus der Apotheke bezogen werden. Ohne Rechtspflicht erstatten einige Kostenträger Arzneimittelkosten auch dann, wenn nicht der Patient das Arzneimittel (gegebenenfalls Ampullen) aus der Apotheke bezieht, sondern lediglich einzelne Ampullen aus Praxisvorräten verwendet werden und diese mit Namen und Preis auf der Rechnung erscheinen. Die Arzneimittel sollten aus rechtlichen Gründen auf der Rechnung von den persönlichen Leistungen gesondert als Auslagen ausgewiesen werden. Ampullen, die ohne gesonderte Berechnung zur Anwendung kommen, sind ebenfalls namentlich zu benennen.

Fremdleistungen, wie Kosten eines Fremdlabors, soweit der Heilpraktiker Laboruntersuchungen nicht im eigenen

Labor oder als Gesellschafter einer Laborgemeinschaft erbringt, sind nur mit dem Gestehungspreis berechenbar. Verauslagte Arzneimittel, wie Ampullen, Infusionsflaschen oder sonstige Materialien, können ebenso nur mit dem Gestehungspreis zur Berechnung kommen. Alle Fremdleistungen sind auf der Rechnung grundsätzlich vom übrigen Honorar getrennt als Auslagen auszuweisen.

Auf Grund gesetzlicher Bestimmungen sind nicht gesondert berechnungsfähig:

- Porto- und Versandkosten innerhalb einer Laborgemeinschaft, Kleinmaterialien wie Zellstoff- und Mulltupfer, Schnellverbandmittel, Verbandspray, Einmalspatel und -stäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge, kleine Mull- und Zellstoffkompressen. (Werden wegen der Besonderheit des Falles größere Mengen Mull oder Zellstoff benötigt, können diese mit dem Gestehungspreis zur Berechnung kommen.)
- Mittel zur Oberflächenanästhesie, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Puder und Salben sowie geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung.
- Einmalartikel, wie: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmaldarmrohre.

Leistungen, die nicht im GebüH enthalten sind, können entsprechend einer ähnlichen Leistung im GebüH berechnet werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung kann erforderlich sein. Die Kennzeichnung der analogen Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Nummer ist möglich.

Sofern keine analoge Leistungsziffer gegeben ist, kann die Leistung ohne GebüH-Nr. mit einer Leistungsbeschreibung dargelegt werden. Das Zitieren aus anderen Leistungsverzeichnissen ist möglich.

Inhaltsverzeichnis

A	
Aderlass	26.2
Aerosolanwendung	23
Akupunktur	21
Aknepusteln, Entfernung von	31.2
Atemtherapie	20.1
Attest	11
Augenhintergrundspiegelung	14.2
Augenvordergrunduntersuchung	14.1
Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes	3
B	
Bäder, medizinische	36
Baunscheidt-Behandlung	27.11
Begasung von Extremitäten	30.2
Beratung	5
Beratung außerhalb der Sprechstunde	6
Beratung an Sonn- und Feiertagen	8
Beratung bei Nacht	7
Bestrahlungen	39.1-2
Biersche Stauung	27.12
Bindegewebssmassage	20.3
Bioelektronische Diagnostik	16.3
Blutausstrichdifferenzierung	12.10
Blutegelbehandlung	27.1
Blutentnahme	26.1
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	12.12
Blutstatus	12.7
Blutuntersuchungen, sonstige	13
Blutwäsche	25.11
Blutzuckerbestimmung	12.8
C	
Cantharidenpflasterbehandlung	27.8
Carzinochrom-Reaktion	12.5
Chemische Untersuchung	12.13
Chemische Untersuchung, aufwendig	12.14
Chemogramm	12.13
Chiropraktik	34.1-2
D	
Diätplan	11.3
E	
Eigenblutinjektion	24.1
Eigenharninjektion	24.2
Einreibungen zur Therapie	20.8
EKG	14.6-7
Elektroneuraldiagnostik	16.1
Elektrophysikalische Methoden	39
Elektrobäder	37.4-5
Enzymdiagnostik	12.14
Erstuntersuchung	1
Erythrozytenzählung	12.11
F	
Fangopackungen	38.1
Fontanellen, Setzen von	27.7

G	
Gefäßdoppler-Untersuchung	14.10
Grundumsatzbestimmung nach Read	14.3
Grundumsatzbestimmung mittels Atmungsuntersuchung	14.4
H	
Hämoglobinbestimmung	12.9
Harnuntersuchung	12.1-4
Hausbesuch	9
Hausbesuch als Eilbesuch	9.2
Hausbesuch bei Tag	9.1
Hausbesuch nachts und sonntags	9.3
Hausbesuch, Nebengebühren	10
Hautwiderstandsmessung	16.4
Heilmagnetische Behandlungen	18.1-2
Heißluftbäder	37.1-3
Herz-Kreislaufuntersuchungen	14.9
Homöopathie, klassische Repert.	2
HOT-Behandlung	25.11
Hydrotherapeutische Anwendungen	36
I	
Infiltration, paravertebrale	28
Infusion	25.7-8
Inhalation	22
Injektion	25
K	
Kirlian-Fotografie	15.1
Kneipp'sche Anwendungen	36.4
Krankheitsbescheinigung	11.1-2
Kristallographie	12.15
Kurplan/Diätplan	11.3
L	
Leukozytenzählung	12.11
Lichtbäder	39.1-2
Lungenkapazität, Prüfung der	14.5
Lymphdrainage	20.6
M	
Magnetfeldtherapie	39.10
Massagen	20
Medico-mechanische Apparate, Beh.	20.7
Mikroskopische Untersuchungen	12.13
N	
Nervenpunktmassage	20.2
Neuraltherapie	25.6
Neurologische Untersuchungen	17
O	
Ohrspülung	30.1
Osteopathie	35.1-6
Oszillogramm-Methoden	14.8
Ozoninjektion	25.9-10
P	
Paravertebrale Infiltration	28
Paraffin-Packungen	38.2-3
Pflasterverbände	33.2

Photoaufnahmen zur Diagnose	15.1-2
Photometrie	12.15
Prießnitzpackungen	38.4
Psychotherapeutische Behandlungen	19.1-8
Pustulieren	27.10
Q	
Quaddelbehandlung	25.4
R	
Reizstromtherapie	39.12
Reiztherapie, Intracutane	25.4
Repertorisation, klass. Homöopathie	2
Roedersche Behandlung	29
S	
Sauerstoffinhalation	23
Saugapparate, Behandlung mit	27.6
Segmentdiagnostik	16.2
Skarifikation der Haut	27.2
Sondermassagen	20.6
Spirometrische Untersuchungen	14.5
Sprachstörungen, Behandlung von	19.7
Sch	
Schlenzbäder und -packungen	36.1/38.4
Schrägbettbehandlung	20.6
Schriftliche Auslassungen	11
Schröpfen	27.3-4
T	
Teilmassage	20.4
U	
Ultraschallbehandlungen	39.13
Untersuchung, eingehende	1
Unterwassermassage	20.6
Urinuntersuchung	12.1-4
V, W	
Verbände	33
Wiederholungsverordnung	3
Wundversorgung	32

3.2 Leistungsübersicht des GebüH und beihilfefähige Höchstbeträge gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 BhV

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
1 - 10	Allgemeine Leistungen			
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,30 bis 20,50	12,30	
2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homö- opathie	15,40 bis 41,00	15,40	
3	Kurze Information , auch mittels Fernsprecher, oder Aus- stellung einer Wiederholungsverordnung , als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	bis 4,50	3,20	
4	Eingehende Beratung , die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, ggf. einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 4 wird nur als alleinige Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.</i>	16,40 bis 22,00	16,40	
5	Beratung , auch mittels Fernsprecher, ggf. einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 5 wird nur einmal pro Behandlungs- fall neben einer anderen Leistung von der privaten Kran- kenversicherung oder der Beihilfe erstattet.</i>	8,20 bis 20,50	8,20	
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	17,00 bis 24,50	14,80	
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	19,50 bis 28,50	19,50	
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festge- setzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Nr. 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfindet und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohn- heitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	15,40 bis 27,00	15,40	
9	Hausbesuch einschließlich Beratung			
9.1	bei Tag	21,50 bis 29,50	21,50	
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	24,00 bis 32,00	24,00	
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	27,50 bis 36,50	27,50	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
10	Nebengebühren für Hausbesuche			siehe § 8 und § 9 GOÄ
	Wenn der Heilpraktiker außerhalb seiner Praxis tätig sein muss, so hat er Anspruch auf Entschädigung für den Zeitaufwand während seiner Abwesenheit oder für den zurückgelegten Weg. Liegt der Ort der Behandlung bis zu 2 Kilometern von der Praxis entfernt, dann beträgt das Wegegeld :			
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag	bis 5,50		
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht	bis 10,50		
	Das Wegegeld wird ersetzt bei einer Entfernung von 2 bis 25 Kilometern:			
10.3	durch Erstattung der Auslagen für öffentliche Verkehrsmittel			
10.4	durch besondere Vereinbarung mit dem Patienten, wie Gestellung eines Transportmittels. Hierbei besteht nur Anspruch auf Vergütung der Zeitversäumnis.			
	Bei Benutzung des eigenen Fahrzeuges für den zurückgelegten Kilometer			
10.5	bei Tag	bis 1,25		
10.6	bei Nacht	bis 2,50		
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden	bis 0,25		
	<i>Anmerkung:</i> <i>Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet.</i>			
	Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.			
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Anrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.	10,50 bis 20,50		
11	Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen			
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten	3,60 bis 15,50	3,60	Bescheinigung
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben)	10,30 bis 20,50	10,30	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen <i>Anmerkung:</i> <i>Die Vervollständigung vorgefertigter Diätpläne ist nicht berechnungsfähig.</i>	10,50 bis 26,00	9,40	
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen			
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung:</i> <i>Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes ist nicht berechnungsfähig.</i>	bis 3,10	3,10	
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker usw.)	bis 4,60	4,60	
12.4	Harnuntersuchung, nur sediment	bis 4,60	4,60	
12.5	Carzinochrom-Reaktion (CCR)	bis 17,90	17,90	soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
12.7	Blutstatus (nicht neben Nr. 12.9, 12.10, 12.11)	bis 18,00	12,10	
12.8	Blutzuckerbestimmung	bis 8,00	2,70	
12.9	Hämoglobinbestimmung	bis 5,50	4,10	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	bis 7,70	7,70	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	bis 5,50	A 4,10 B 1,40	GOÄ-Nr. 3550 GOÄ-Nr. 3551
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	bis 6,00	4,10	
12.13*	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung	bis 9,50	6,70	
12.14*	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang (z. B. Enzymdiagnostik, Nierenchemie, Blutserumchemie, Stuhlchemie, Elektrolyse, Elektrophorese, Fermentchemie, pro Einzeluntersuchung)	bis 10,50	8,10	gilt abschließend auch für sonstige Laborleistungen; eine analoge Heranziehung des Abschnitts M der GOÄ ist nicht zulässig

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
12.15*	Kristallographie, Photometrie, pro Einzeluntersuchung <i>* Anmerkung: Die Art der Untersuchung bei Nr. 12.13, 12.14 oder 12.15 ist anzugeben.</i>	bis 10,50	5,40	Kristallographie nicht beihilfefähig: vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
13	Sonstige Untersuchungen			
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z. B. pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	10,50 bis 31,00	8,10	
14	Spezielle Untersuchungen			
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes	5,20 bis 10,50	5,20	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 berechnet werden. Leistungen nach Nr. 14.1 und 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	5,20 bis 10,50	5,20	
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,20 bis 8,00	5,20	nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 erstattungsfähig
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	10,30 bis 26,00	10,30	
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	10,50 bis 20,50	8,00	
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	26,00 bis 51,50	26,00	
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	20,50 bis 31,00	A 16,00 B 20,50	GOÄ-Nr. 650; bis zu 8 Ableitungen GOÄ-Nr. 651; ab 9 Ableitungen
14.8	Oszillogramm-Methoden	5,20 bis 25,50	5,20	
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung zu Nr. 14.9: Nicht neben Nr. 1 oder 4 berechenbar.</i>	10,50 bis 25,50	9,80	
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zur peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessung	bis 11,30	11,30	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
15	Photoaufnahmen			nicht beihilfefähig: nach § 4 Abs. 3 GOÄ nicht gesondert berechenbar, da Kosten mit der Gebühr der Grundleistung abgegolten sind.
15.1	Photoaufnahmen zu diagnostischen Zwecken, Aufnahmen schwarz/weiß (pro Augenpaar)	5,50 bis 15,50		
15.2	Vergrößerungen sowie Farbaufnahmen werden zum handelsüblichen Preis berechnet <i>Anmerkung:</i> <i>Photographische Aufnahmen der Iris oder andere photographische Aufnahmen, die zu diagnostischen Zwecken notwendig sind, sind zuvor mit dem Patienten zu vereinbaren. Photoaufnahmen, die Studienzwecken des Heilpraktikers dienen, kommen nicht zur Berechnung.</i>			
16	Bioenergetische Verfahren			
16.1	Elektro-Neural-Diagnostik	10,50 bis 26,00		nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
16.2	Segmentdiagnostik, Maximaldiagnostik u. a.	5,20 bis 20,50	5,20	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar
16.3	Bioelektrische Funktionsdiagnostik	15,50 bis 41,00		nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
16.4	Hautwiderstandsmessungen <i>Anmerkung:</i> <i>Art und Ziel der Untersuchung sind anzugeben.</i>	5,20 bis 26,00	5,20	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar
17	Neurologische Untersuchungen			
17.1	Neurologische Untersuchung <i>Anmerkung:</i> <i>Die neurologische Untersuchung wird grundsätzlich nur durchgeführt, wenn sie für den Heilzweck oder für die Sicherung der Diagnose oder die Beobachtung des Heilungsverlaufes erforderlich erscheint.</i>	5,20 bis 26,00	5,20	nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
18 - 23	Spezielle Behandlungen			
18	Heilmagnetische Behandlungen			nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
18.1	Einfache heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie nicht das gewöhnliche Maß einer Behandlung in zeitlicher Hinsicht überschreiten	5,50 bis 10,50		
18.2	Heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie in zeitlicher Hinsicht das gewöhnliche Maß überschreiten	8,00 bis 26,00		
19	Psychotherapie			nicht beihilfefähig gemäß Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV
19.1	Psychotherapie von halbstündiger Dauer	15,50 bis 26,00		
19.2	Psychotherapie von 50 - 90 Minuten Dauer	26,00 bis 46,00		
19.3	Ausstellung eines psychodiagnostischen Befundes	15,50 bis 38,50		
19.4	Psychotherapeutisches Gutachten je zweizeilige Schreibmaschinenseite	bis 15,50		
19.5	Psychologische Exploration mit eingehender Beratung	15,50 bis 46,00		
19.6	Anwendung und Auswertung von Testverfahren (TAT, TUA, Rorschach usw.)	15,50 bis 38,50		
19.7	Behandlung von Störungen der Sprechorgane je Sitzung <i>Anmerkung: Die Honorare für eine ausgedehnte Spezialbehandlung von Sprechangst-Neurosen (Stottern), Honorare für spezielle ausgedehnte Sprechlehrkurse, Kurse der Entwöhnungsbehandlung usw. sind besonders zu vereinbaren</i>	10,50 bis 31,00		
19.8	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	15,50 bis 26,00		
20	Atemtherapie, Massagen			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	13,00 bis 31,00	9,00	
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u. a. Spezialnervenzpunktmassage	8,00 bis 15,50	6,90	
20.3	Bindegewebssmassage	8,00 bis 20,50	6,90	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	5,50 bis 10,50	4,80	

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
20.5	Großmassage	10,50 bis 18,00	6,90	
20.6	Sondermassagen (Unterwasserdruckstrahlmassage, Lymph- drainage, Schrägbettbehandlung u. a.)	10,50 bis 20,50	A 9,90 B 6,90 C 6,90	GOÄ-Nr. 527 GOÄ-Nr. 523 GOÄ-Nr. 516
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medico-mechanischen Apparaten	10,50 bis 26,00	7,40	
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	5,50 bis 8,00	4,80	
21	Akupunktur			
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	10,30 bis 26,00	10,30	
21.2	Moxibustionen, Elektroakupunktur, Injektionen und Quad- delungen in Akupunkturpunkte	5,20 bis 15,50	5,20	soweit nicht nach Hin- weis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
22	Inhalationen			
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit den verschie- denen Apparaturen in der Sprechstunde ausgeführt werden	5,50 bis 13,00	4,00	
23	Aerosole			
23.1	Anwendung von Aerosolen mit Kompressor, Pressluft- bzw. Sauerstoffapparat	5,20 bis 15,50	5,20	soweit nicht nach Hin- weis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
24 - 30	Blutentnahmen - Injektionen - Infusionen - Hautableitungsverfahren			
24	Eigenblut			soweit nicht nach Hin- weis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
24.1	Eigenblutinjektion	10,30 bis 13,00	10,30	
24.2	Eigenharninjektion	5,20 bis 13,00	5,20	
25	Injektionen, Infusionen			
25.1	Injektion, subkutan	bis 5,20	5,20	
25.2	Injektion, intramuskulär	bis 5,20	5,20	
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	bis 7,70	7,70	
25.4	intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) pro Sitzung	7,20 bis 13,00	7,20	
25.5	Injektion, intraartikulär	5,20 bis 15,50	5,20	
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	7,70 bis 26,00	7,70	

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
25.7	Infusion	bis 8,70	8,70	
25.8	Dauertropfinfusion <i>Anmerkung: Für die bei Infusionen ggf. eingebrachten Medikamente werden nur die nachweisbaren Eigenkosten, unter Angabe von Art und Menge der verbrauchten Präparate, von den Leistungsträgern erstattet.</i>	bis 12,80	12,80	
25.9	Gasgemischinjektionen (z. B. Ozon oder Sauerstoff), intramuskulär	7,70 bis 13,00	7,70	soweit nicht nach Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
25.10	Gasgemischinjektionen, intraarteriell	13,00 bis 26,00	10,80	
25.11	HOT-Behandlung (Hämatogene Oxidationstherapie)	26,00 bis 51,50	nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV	
26	Blutentnahmen			
26.1	Blutentnahme	bis 3,60	3,60	
26.2	Aderlass	bis 12,80	12,80	
27	Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren			
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschließl. Verband	10,50 bis 31,00	5,90	
27.2	Skarifikation der Haut	5,50 bis 10,50	4,70	
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,20 bis 8,00	5,20	
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	10,50 bis 20,50	5,90	
27.5	Schröpfkopfmassage einschließl. Gleitmittel	5,20 bis 10,50	5,20	
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	10,50 bis 26,00	5,90	
27.7	Setzen von Fontanellen	5,20 bis 15,50	5,20	
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,20 bis 10,50	5,20	
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nr. 27.8)	5,20 bis 10,50	5,20	
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,20 bis 10,50	5,20	
27.11	Baunscheidtieren	10,30 bis 20,50	10,30	
27.12	Biersche Stauung	5,20 bis 8,00	5,20	
28	Infiltrationen			
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	7,70 bis 15,50	7,70	
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	10,30 bis 20,50	10,30	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
29	Roedersches Verfahren			
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	8,00 bis 15,50	5,90	
30	Sonstiges			
30.1	Spülung des Ohres	8,00 bis 15,50	6,10	
30.2	Anwendung der Beutelbegasung für ganze Extremitäten mit Ozon oder Sauerstoff	10,30 bis 36,00	10,30	soweit nicht nach Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
31	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes			
31	Abszesse u. a.			
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	5,20 bis 13,00	5,20	
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	5,20 bis 10,50	5,20	
32	Versorgung einer frischen Wunde			
32.1	bei einer kleinen Wunde	5,20 bis 10,50	5,20	
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	10,30 bis 15,50	10,30	
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)			
33.1	Verbände, jedesmal	5,20 bis 15,50	5,20	
33.2	elastische Stütz- und Pflasterverbände	5,20 bis 15,50	5,20	
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Materialien kommen zum Gestehungspreis zur Berechnung.</i>	5,20 bis 13,00	5,20	
34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung			
34.1	Chiropraktische Behandlung	10,50 bis 18,00	5,00	
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Bei einem mehr als dreimaligen gezielten Eingriff an der Wirbelsäule kann der Leistungsträger eine Begründung verlangen.</i>	15,40 bis 19,00	15,40	
35	Osteopathische Behandlung			
35.1	des Unterkiefers	7,70 bis 15,50	7,70	
35.2	des Schultergelenkes	15,40 bis 26,00	15,40	
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	15,40 bis 26,00	15,40	

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	5,20 bis 15,50	5,20	
35.5	des Daumens	5,20 bis 13,00	5,20	
35.6	einzelner Finger und Zehen	5,20 bis 13,00	5,20	
36	Hydro- und Elektrotherapie			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
	Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen			
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	5,20 bis 15,50	5,20	
36.2	Leitung eines ansteigendes Teilbades	5,50 bis 8,00	4,90	
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	7,70 bis 23,00	7,70	
36.4	Kneipp'sche Güsse	5,50 bis 8,00	4,90	
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
37.1	Teilheißluftbad, z. B. Kopf oder Arm	5,50 bis 8,00	3,50	
37.2	Ganzheißluftbad, z. B. Rumpf oder Beine	8,00 bis 10,50	5,40	
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,20 bis 10,50	5,20	
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	8,00 bis 13,00	4,90	
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	7,70 bis 13,00	7,70	
38	Spezialpackungen			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
38.1	Fangopackungen	8,00 bis 15,50	3,70	
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	8,00 bis 15,50	3,70	
38.3	Paraffinganzpackungen	10,50 bis 23,00	3,70	
38.4	Kneipp'sche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	10,50 bis 31,00	3,70	
	<i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder und Packungen evtl. unter Verwendung verschiedener Apparate werden nach vergleichbaren Positionen berechnet.</i>			

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
39	Elektro-physikalische Heilmethoden			beihilfefähig (außer Nr. 39.10), wenn die Leistungen in der Pra- xis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
39.1	einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	5,50 bis 8,00	3,30	
39.2	Ganzbestrahlungen	7,70 bis 10,50	7,70	
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	5,50 bis 15,50	5,10	
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	5,50 bis 10,50	5,10	
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	5,50 bis 8,00	4,20	
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	5,20 bis 10,50	5,20	
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenz- strömen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	5,50 bis 15,50	3,90	
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mi- krowellenbehandlung	8,00 bis 18,00	3,90	
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	10,50 bis 20,50		nicht beihilfefähig; vgl. Hin- weis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	5,50 bis 31,00	5,10	
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z. B. Jono-Modulator	5,50 bis 26,00	5,10	
39.13	Ultraschall-Behandlung	5,50 bis 15,50	4,70	

Anhang 2
(zu § 8 Abs. 6 BhV)

1. Heilkurortverzeichnis Inland

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort 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 Heilkurbetrieb
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
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
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624	Bederkesa	G	Moorheilbad
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806	Belzig	Belzig	Ort mit Heilquellenkur- betrieb
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Berggießhübel	01819	Berggießhübel	G	Kneippkurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heil- klimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heilquellen-Kur- betrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge, Frankenham- mer, Kutschenrangen, Rödlasberg, Warme- leithen	Kneippheilbad
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kur- betrieb
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 (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389	Bodenteich	G	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
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	Mineralheilbad
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
C				
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Clausthal-Zellerfeld	38678	Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
Colberg	98663	Bad Colberg	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	Moorheilbad
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	08645	Bad Elster	Bad Elster	Mineralheilbad
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

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
F				
Fallingbostel	29683	Fallingbostel	Fallingbostel	Kneippheilbad
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Fischen	87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	K	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
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, Eggfing 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
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Gottleuba	01816	Bad Gottleuba	Bad Gottleuba	Moorheilbad
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, Gemeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhofen, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldegg 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

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Heilbrunn	83670	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Schönau, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd	Heilbad
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heilbad Heiligenstadt	K	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, J				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
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	K	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne d. eingegliederten Gebiete d. ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzing	93438	Kötzing	Stadtteil Kötzing	Kneippkurort
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
Kyllburg	54655	Kyllburg	Kyllburg	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
L				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	56112	Lahnstein	B/Kurtherme Rhein-Lahn der Viktoria Thermalbad Lahnstein GmbH	Heilquellen-Kurbetrieb
Langensalza	99947	Bad Langensalza	K	Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	Bad Lausick	Mineralheilbad
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	Moorbad Lobenstein	K	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 u. d. Gebietsteil d. Gemarkung Langenbach, begrenzt durch d. Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie d. Bahntrasse Eberbach - 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
Münster/Stein	55583	Bad Münster am Stein-Eberburg	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	Moorheilbad
N				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Neenndorf	31542	Bad Neenndorf	Bad Neenndorf	Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B/Badehaus Maierreuth Sybillenbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
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

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
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	Norddorf/Amrum	Norddorf	Seeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Seeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O				
Oberstauften	87534	Oberstauften	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	Holzhausen	Kurmittelgebiet
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 bei 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

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
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
Salzufen	32105	Bad Salzufen	Bad Salzufen	Heilbad
Salzungen	36433	Bad Salzungen	K	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	Schlema	Ortsteil Schlema	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	a) Fredeburg b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömberg	75328	Schömberg	Schömberg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471	Schönau a. Königssee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217	Schönberg	Holm	Heilbad und Kneippkurort
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	Heilkurort
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	96231	Staffelstein	B/Thermal-Solebad Staffelstein (Obermain-Therme)	Heilquellen-Kurbetrieb
Steben	95138	Bad Steben	G	Heilbad
Stützerbach	98714	Stützerbach	K	Kneippkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K)	Artbezeichnung
Suderode	06507	Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	(Moor- und Sole-)Heilbad
Sulza	99518	Bad Sulza	K	Heilbad
T				
Tabarz	99891	Tabarz	Tabarz	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	K	Heilbad
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	Heilbad und Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B Altmühltherme/Lambertusbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
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)
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996	Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wieda	37447	Wieda	Wieda	Heilklimatischer Kurort
Wiesa	09488	Wiesa	Ortsteile Thermalbad, Wiesenbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K')	Artbezeichnung
Wildemann	38709	Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	34537	Bad Wildungen	K	Heilbad
Willingen	34508	Willingen (Upland)	a) K	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort und Heilbad
			b) Usseln	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, Untergam- menried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wolkenstein	09429	Wolkenstein	Ortsteil Warmbad	Ort mit Heilquellenkur- betrieb
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 Heilkurorte (Ortsteile),
die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an anderer
Stelle aufgeführt sind

Heilkurort 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

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Berg	Stuttgart
Birgsau	Oberstdorf
Blenhorst	Balge
Bockswiese	Goslar
Bodendorf	Sinzig
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Bruck	Hindelang
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn
C	
Cannstadt	Stuttgart
D	
Dangast	Varel
Detfurth	Salzdetfurth
Dietersberg	Oberstdorf

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei	Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Dobra	Liebenwerda	Holzhäuser	Füssing
Dürnöd	Füssing	Holzhaus	Füssing
E		Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Ebene	Oberstdorf	Hopfen am See	Füssen
Eckarts	Brückenau	Hopfenberg	Petershagen
Eckenhagen	Reichshof	Horumersiel	Wangerland
Egg	Grönenbach	Hub	Füssing
Eggfing a. Inn	Füssing	Hub	Heilbrunn
Einödsbach	Oberstdorf	Hueb	Grönenbach
Eisenbartling	Endorf	I	
Eitlöd	Füssing	Imnau	Haigerloch
Eldern	Ottobeuren	In der Tarrast	Grönenbach
Elkeringhausen	Winterberg	Irching	Füssing
Erbach	Wimpfen	J	
F		Jauchen	Oberstdorf
Faistenoy	Oberstdorf	Jordanbad	Biberach
Faulenbach	Füssen	K	
Faulenfürst	Schluchsee	Kalkofen	Abbach
Fischbach	Schluchsee	Kellberg	Thyrnau
Fleckinger Mühle	Wimpfen	Kibling	Reichenhall
Flickenöd	Füssing	Kiensee	Heilbrunn
Frankenhammer	Berneck	Kleinwindsheimermühle	Windsheim
Fredeburg	Schmallenberg	Klevers	Grönenbach
G		Kornofen	Grönenbach
Gailenberg	Hindelang	Kornau	Oberstdorf
Gemünd	Schleiden	Kosilenzien	Liebenwerda
Germete	Warburg	Kreuzbühl	Grönenbach
Gerstruben	Oberstdorf	Krummsee	Malente
Glashütte	Schieder	Kurf	Endorf
Gmeinschwenden	Grönenbach	Kutschenrangen	Berneck
Gögging	Füssing	L	
Gögging	Neustadt a. d. Donau	Langau	Heilbrunn
Gottenried	Oberstdorf	Langenbach	Marienberg
Greit	Grönenbach	Langenbrücken	Schönborn
Gremsmühlen	Malente	Lautzkirchen	Blieskastel
Grenier	Königsfeld	Lichtental	Baden-Baden
Griesbach	Peterstal-Griesbach	Liebenstein	Hindelang
Groß	Hindelang	M	
Gruben	Oberstdorf	Maasdorf	Liebenwerda
Gundsbach	Oberstdorf	Manneberg	Grönenbach
H		Meinberg	Horn
Hahnenklee	Goslar	Mettnau	Radolfzell
Hartenthal	Wörishofen	Mingolsheim	Schönborn
Harthausen	Aibling	Mitterreuthen	Füssing
Hausberge	Porta Westfalica	Monheimsallee	Aachen
Heiligendamm	Doberan	N	
Herbisried	Grönenbach	Neuhaus	Holzminden
Hermannsborn	Driburg	Neutrauchburg	Isny
Hiddesen	Detmold	Niederholz	Grönenbach
Hinterstallau	Heilbrunn	Niendorf	Timmendorfer Strand
Hinterstein	Hindelang	O	
Höhenhöfe	Wimpfen	Oberbuchen	Heilbrunn
Hofham	Endorf	Oberdorf	Hindelang
Hohegeiß	Braunlage		
Hoheneck	Ludwigsburg		
Holm	Schönberg		

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei	Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Oberenzenau	Heilbrunn	Senkelteich	Vlotho
Oberes Hart	Wörishofen	Spielmannsau	Oberstdorf
Oberfischbach	Tölz	Steinach	Waldsee
Obergammenried	Wörishofen	Steinreuth	Füssing
Oberjoch	Hindelang	Ströbing	Endorf
Obermühl	Heilbrunn		
Oberreuthen	Füssing	T	
Obersteinbach	Heilbrunn	Thalau	Füssing
Obertal	Baiersbronn	Thalham	Füssing
Ölmühle	Grönenbach	Thierham	Füssing
Oos	Baden-Baden	Thürham	Aibling
Ostfeld	Heilbrunn	Timmdorf	Malente
Ostrau	Schandau	Tönisstein	Andernach
		Tönisstein	Burgbrohl
P		U	
Pichl	Füssing	Unterenzenau	Heilbrunn
Pimsöd	Füssing	Unteres Hart	Wörishofen
Poinzaun	Füssing	Untergammenried	Wörishofen
		Unterjoch	Hindelang
R		Untersteinbach	Heilbrunn
Rachental	Endorf	Unterreuthen	Füssing
Ramsau	Heilbrunn	Usseln	Willingen
Randringhausen	Bünde		
Raupolz	Grönenbach	V	
Rechberg	Grönenbach	Valdorf-West	Vlotho
Reckenberg	Hindelang	Voglherd	Heilbrunn
Reichenbach	Waldbronn	Voglöd	Füssing
Reute	Oberstdorf	Vorderhindelang	Hindelang
Riedenburg	Füssing		
Riedle	Hindelang	W	
Ringang	Oberstdorf	Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Rödlasberg	Berneck	Waldliesborn	Lippstadt
Röthardt	Aalen	Walkmühle	Windsheim
Rotenfels	Gaggenau	Warmbad	Wolkenstein
Rothenstein	Grönenbach	Warmeileithen	Berneck
Rothenuffeln	Hille	Weghof	Griesbach
		Weichs	Abbach
S		Weidach	Füssing
Safferstetten	Füssing	Westernkotten	Erwitte
Saig	Lenzkirch	Wies	Füssing
Salzburg	Neustadt a. d. Saale	Wildstein	Traben-Trarbach
Salzhausen	Nidda	Wilhelmshöhe	Kassel
Salzig	Boppard	Würding	Füssing
Sand	Emstal		
Schieferöd	Füssing	Z	
Schillig	Wangerland	Zeitlofs	Brückenaue
Schöchlöd	Füssing	Zeischa	Liebenwerda
Schönau	Heilbrunn	Zell	Aibling
Schöneschach	Wörishofen	Ziegelberg	Grönenbach
Schwand	Oberstdorf	Ziegelstadel	Grönenbach
Schwarzenberg-Schönmünzsch	Baiersbronn	Zieglöd	Füssing
Schwenden	Grönenbach	Zinnheim	Marienberg
Sebastiansweiler	Mössingen	Zwicklarn	Füssing
Seebruch	Vlotho		
Seefeld	Grönenbach		

Anhang 3
(zu § 13 Abs. 3 Nr. 2 BhV)

Heilkurortverzeichnis EU-Ausland

Ortsnamen

Abano Terme
Badgastein
Bad Dorfgastein
Bad Hofgastein
Galzignano
Ischia
Montegrotto

Heilkurortverzeichnis Ausland

Ortsnamen

Ein Boqeg, Salt Land Village, Sdom am Toten Meer*

**Änderung der Richtlinie des Ministeriums
für Landwirtschaft, Umweltschutz und
Raumordnung über die Gewährung von
Zuwendungen für die Förderung der integrierten
ländlichen Entwicklung (ILE)**

Erlass des Ministeriums für Ländliche Entwicklung,
Umwelt und Verbraucherschutz
Vom 31. Januar 2005

Die Richtlinie des Ministeriums für Landwirtschaft, Umweltschutz und Raumordnung über die Gewährung von Zuwendungen für die Förderung der integrierten ländlichen Entwicklung (ILE) vom 12. Mai 2004 (ABl. S. 602) wird wie folgt geändert:

In Nummer 2.1, Satz 3, werden nach den Worten „Die Konzepte können sich bei begründetem Bedarf“ die Worte „in Abstimmung mit dem Ministerium für Ländliche Entwicklung, Umwelt und Verbraucherschutz (MLUV)“ eingefügt.

In Nummer 2.4.1 werden die Worte „Ministerium für Landwirtschaft, Umweltschutz und Raumordnung (MLUR)“ durch die Abkürzung „MLUV“ ersetzt.

Nummer 2.4.4 erhält folgenden Wortlaut:

„2.4.4 Maßnahmen gemäß Nummer 2.3.2 für natürliche Personen und juristische Personen des privaten Rechts.

Die Bewilligungsbehörde kann in begründeten Einzelfällen Ausnahmen zulassen, wenn diese Infrastruktur-

einrichtungen uneingeschränkt der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen und im Falle des Wegebbaus dem Schluss von Lücken in Wegenetzen dienen.“

Nummer 2.4.5 entfällt.

In den Nummern 4.6, 4.7.1, 4.10, 5.4.3.2, drittes Tired, und 5.4.3.3 wird die Abkürzung „MLUR“ durch „MLUV“ ersetzt.

In Nummer 4.9 werden nach den Worten „Für Maßnahmen nach“ die Worte „Nummer 2.3.2.2,“ eingefügt.

In Nummer 5.4.3.1, zweites Tired, werden die Worte „bis zur Bestätigung des Rahmenplanes der GAK durch die EU-KOM“ gestrichen.

In Nummer 5.4.3.1, viertes Tired, werden nach den Worten „... nach Nummer 2.1“ die Worte „ , begleitet durch ein Regionalmanagement gemäß Nummer 2.2,“ eingefügt.

In Nummer 5.4.3.2, zweites Tired, werden nach den Worten „... nach Nummer 2.1“ die Worte „ , begleitet durch ein Regionalmanagement gemäß Nummer 2.2,“ eingefügt.

Nummer 6.1, Satz 3, lautet wie folgt:

„Die integrierten ländlichen Entwicklungskonzepte bedürfen der Zustimmung durch die Koordinierungsgruppe für ländliche Entwicklung beim örtlich zuständigen Standort des Landesamtes für Verbraucherschutz, Landwirtschaft und Flurneuordnung (LVLV).“

Nummer 6.5 erhält folgenden Wortlaut:

„6.5 Der Eigenanteil von Körperschaften und Stiftungen des öffentlichen Rechts oder gemeinnützigen juristischen Personen des privaten Rechts für investive Maßnahmen im öffentlichen Interesse kann durch Instrumente der Arbeitsförderung ganz oder teilweise ersetzt werden. Hierzu können vom Projektträger folgende Förderinstrumentarien der Bundesagentur für Arbeit, der ARGE (Arbeitsgemeinschaft von Bundesagentur und Landkreisen) und des optierenden Landkreises genutzt werden:

- ABM nach §§ 260 ff. des Dritten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB III) in der jeweils geltenden Fassung (hierunter insbesondere der § 262 SGB III)
- Beschäftigung schaffende Infrastrukturförderung (BSI) nach § 279a SGB III
- ALG II/MAE.

ABM, BSI und ALG II/MAE können entsprechend dem Gesetz zur Reform der arbeitsmarktpolitischen Instrumente in der jeweils geltenden Fassung eingesetzt werden.“

Nummer 6.6 erhält folgenden Wortlaut:

„6.6 Der Eigenanteil von Körperschaften und Stiftungen des öffentlichen Rechts kann durch nationale Mittel

* Wenn eine schwere Hauterkrankung (z. B. Psoriasis, Neurodermitis) vorliegt und die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind.

anderer öffentlicher Stellen dargestellt werden. Dabei darf es sich nicht um Beihilfen der Europäischen Union handeln.“

Nummer 7.1.1 erhält folgenden Wortlaut:

„7.1.1 Anträge sind vollständig und formgebunden bei dem örtlich zuständigen Standort des Landesamtes für Verbraucherschutz, Landwirtschaft und Flurneuordnung zu stellen.“

Nummer 7.2 erhält folgenden Wortlaut:

„7.2 Bewilligungsverfahren

Bewilligungsbehörde ist der örtlich zuständige Standort des Landesamtes für Verbraucherschutz, Landwirtschaft und Flurneuordnung.“

Die Fußnoten 1 bis 4 entfallen.

Diese Bestimmungen treten mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Wahl zum 4. Landtag Brandenburg am 19. September 2004

Bekanntmachung des Landeswahlleiters
Vom 16. Februar 2005

Rechnerische Richtigstellung des Wahlergebnisses im Wahlkreis 33 und Neufeststellung des Wahlergebnisses

Auf der Grundlage des § 42 des Brandenburgischen Landeswahlgesetzes und der Vorschriften des Wahlprüfungsgesetzes hat der Landtag Brandenburg über die gegen die Gültigkeit der Wahl zum 4. Landtag Brandenburg erhobenen Einsprüche entschieden und die rechnerische Richtigstellung des Wahlergebnisses im Wahlkreis 33 und die Neufeststellung des Wahlergebnisses durch den Landeswahlausschuss angeordnet.

Der Landeswahlausschuss hat in einer öffentlichen Sitzung am 16. Februar 2005 das Wahlergebnis im Wahlkreis 33 berichtigt und das Wahlergebnis des Landes Brandenburg neu festgestellt:

1. Berichtigung des Ergebnisses nach Zweitstimmen für die Parteien BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DEUTSCHE VOLKSUNION im Wahlkreis 33

Wahlkreis 33	Anzahl der gültigen Zweitstimmen	
	vor der Berichtigung	nach der Berichtigung
DEUTSCHE VOLKSUNION	1 720	1 716
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	614	618

2. Berichtigung des Landesergebnisses nach Zweitstimmen für die Parteien BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DEUTSCHE VOLKSUNION

Land Brandenburg	Anzahl der gültigen Zweitstimmen	
	vor der Berichtigung	nach der Berichtigung
DEUTSCHE VOLKSUNION	71 045	71 041
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	42 087	42 091

Der Landeswahlausschuss stellte auf der Grundlage der vorliegenden Berichtigungen folgendes Wahlergebnis für das Land Brandenburg fest:

die Zahl der Wahlberechtigten	2 117 145
die Zahl der Wähler	1 194 192
die Zahl der ungültigen Zweitstimmen	25 283
die Zahl der gültigen Zweitstimmen	1 168 909

Davon entfallen auf:

Sozialdemokratische Partei Deutschlands	SPD	372 942
Christlich Demokratische Union Deutschlands	CDU	227 062
Partei des Demokratischen Sozialismus	PDS	326 801

DEUTSCHE VOLKSUNION	DVU	71 041
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	GRÜNE/B 90	42 091
Freie Demokratische Partei	FDP	38 890
Allianz freier Wähler	AfW	11 006
Allianz Unabhängiger Bürger - Brandenburg e. V.	AUB-Brandenburg	9 993
Deutsche Kommunistische Partei	DKP	2 084
DIE GRAUEN - Graue Panther	GRAUE	10 470
FAMILIEN-PARTEI DEUTSCHLANDS	FAMILIE	30 843
50 Plus-Bürger- und Wählerinitiative für Brandenburg	50 Plus	11 875
Ja zu Brandenburg	JA	4 114
Partei Rechtsstaatlicher Offensive	Offensive D	3 707
Pro Brandenburg / Bürger rettet Brandenburg	BRB	5 990

Der Landeswahlausschuss stellte fest, dass die rechnerische Berichtigung des Wahlergebnisses der Wahl zum 4. Landtag Brandenburg am 19. September 2004 keine Auswirkungen auf die übrigen Wahlkreisergebnisse, die Erststimmen und auf die politische und personelle Zusammensetzung des Landtages sowie auf die Reihenfolge der gewählten Ersatzpersonen hat, wie sie vom Landeswahlausschuss am 30. September 2004 festgestellt wurden (vgl. Bekanntmachung des Landeswahlleiters vom 1. Oktober 2004, ABl. S. 770).

Amtsblatt für Brandenburg

Gemeinsames Ministerialblatt für das Land Brandenburg

Herausgeber: Ministerium der Justiz des Landes Brandenburg, Postanschrift: 14460 Potsdam, Telefon: (03 31) 8 66-0.
Der Bezugspreis beträgt jährlich 56,24 EUR (zzgl. Versandkosten + Portokosten). Die Einzelpreise enthalten keine Mehrwertsteuer. Die Einweisung kann jederzeit erfolgen.
Die Berechnung erfolgt im Namen und für Rechnung des Ministeriums der Justiz des Landes Brandenburg.
Die Kündigung ist nur zum Ende eines Bezugsjahres zulässig; sie muss bis spätestens 3 Monate vor Ablauf des Bezugsjahres dem Verlag zugegangen sein.
Die Lieferung dieses Blattes erfolgt durch die Post. Reklamationen bei Nichtzustellung, Neu- bzw. Abbestellungen, Änderungswünsche und sonstige Anforderungen sind an die Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH zu richten.
Herstellung, Verlag und Vertrieb: Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH, Karl-Liebknecht-Straße 24-25, Haus 2, 14476 Golm (bei Potsdam), Telefon Potsdam (03 31) 56 89 - 0