



Amtsblatt für Brandenburg

Gemeinsames Ministerialblatt für das Land Brandenburg

13. Jahrgang

Potsdam, den 20. Februar 2002

Nummer 8

Inhalt

Seite

Ministerium der Finanzen

Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen nach den Beihilfevorschriften
des Bundes - Neufassung der ab 1. Januar 2002 gültigen Beihilfevorschriften mit Hinweisen - 90

Beilage: Amtlicher Anzeiger Nr. 8/2002

**Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und
Todesfällen nach den Beihilfavorschriften des Bundes
- Neufassung der ab 1. Januar 2002 gültigen
Beihilfavorschriften mit Hinweisen -**

Bekanntmachungen des Ministeriums der Finanzen
- 45.4-3190-61 -
Vom 9. November 2001 und
- 45.4-3190-63 -
Vom 20. Dezember 2001

Gemäß § 45 Abs. 3 des Landesbeamtengesetzes erhalten Beamte und Versorgungsempfänger Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen nach den für die Beamten und Versorgungsempfänger des Bundes jeweils geltenden Vorschriften mit der Maßgabe, dass Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe b der Beihilfavorschriften - BhV) nicht beihilfefähig sind.

Nachstehend werden die Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 2. November 2001 mit der Sechszwanzigsten allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfavorschriften (Neufassung), gültig ab 1. Januar 2002, und vom 12. Dezember 2001 mit den ab 1. Januar 2002 gültigen Hinweisen bekannt gegeben.

Die Neufassung der Beihilfavorschriften berücksichtigt die seit der Bekanntmachung des Ministeriums der Finanzen (MdF) vom 22. September 1997 (ABl. S. 850) eingetretenen folgenden Änderungen:

1. die Änderungsvorschrift vom 8. Januar 1999 (Bekanntmachung des MdF vom 2. März 1999, ABl. S. 269)
2. die Änderungsvorschrift vom 20. Februar 2001 (Bekanntmachung des MdF vom 7. März 2001, ABl. S. 254)
3. die Umstellung auf die Währungseinheit EURO (Bekanntmachung des MdF vom 29. Mai 2001 - 15.5-3193-13).

Die BhV-Ausland wurde zuletzt mit MdF-Schreiben vom 28. August 1995 (ABl. S. 1252) bekannt gegeben.

In den Hinweisen sind die seit der Bekanntmachung vom 10. Juli 1995 (ABl. S. 1162) eingetretenen Änderungen sowie die Umstellung auf die Währungseinheit Euro berücksichtigt.

Das Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 2. November 2001 (Geschäftszeichen: D I 5 213 100 - 1/1a und h) hat folgenden Wortlaut:

- A. Mit der Sechszwanzigsten allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfavorschriften wird der ab 1. Januar 2002 geltende Wortlaut der allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfavorschriften des Bundes - BhV) sowie deren Anlagen 1 bis 3 bekannt gegeben. Die Neufassung berücksichtigt die seit der Bekanntmachung vom 20. August 1997 (GMBI S. 429) eingetretenen folgenden Änderungen:

1. die Änderungsvorschrift vom 11. Januar 1999 (GMBI S. 58),
2. die Änderungsvorschrift vom 20. Februar 2001 (GMBI S. 186),
3. die Umstellung auf die Währungseinheit Euro (vgl. Bezug).

Redaktionelle Unrichtigkeiten wurden beseitigt; zur besseren Zitierbarkeit wurden die Sätze nummeriert.

Artikel 2 (Aufwendungen bei Empfängnisregelung; nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation) der allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen vom 10. Juli 1995 (GMBI S. 470) gilt weiter.

- B. Außerdem wird mit der Zweiten allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der BhV-Ausland der ab 1. Januar 2002 geltende Wortlaut der allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen an Bundesbedienstete im Ausland (BhV-Ausland) bekannt gegeben. Die Neufassung berücksichtigt die seit der Bekanntmachung vom 10. Juli 1995 (GMBI S. 470) eingetretenen Änderungen (Änderungsvorschrift vom 11. Februar 1999, GMBI S. 262; Änderungsvorschrift vom 20. Februar 2001, GMBI S. 186; Umstellung auf die Währungseinheit Euro).

Vorgriffsweise ergangene Rundschreiben sind gegenstandslos.

**Anlage 1
zum BMI-Rundschreiben
- D I 5 - 213 100 - 1/1a und h -
vom 2. November 2001**

**Sechszwanzigste allgemeine Verwaltungsvorschrift
zur Änderung der Beihilfavorschriften**

Vom 1. November 2001

Nach § 200 des Bundesbeamtengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. März 1999 (BGBl. I S. 675) erlässt das Bundesministerium des Innern folgende allgemeine Verwaltungsvorschrift zu § 79 dieses Gesetzes:

**Artikel 1
Neufassung der Beihilfavorschriften**

Die Beihilfavorschriften vom 10. Juli 1995 (GMBI S. 470), zuletzt geändert durch Artikel 1 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift vom 20. Februar 2001 (GMBI S. 186), erhalten folgende Fassung:

**Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen
in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen
(Beihilfavorschriften - BhV)**

§ 1

Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

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

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

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

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

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

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

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

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

(4) Beihilfeberechtigt sind nicht

1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
2. Beamte und Richter, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes) beschäftigt sind,
3. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leis-

tungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) ¹Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

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

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

(2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten,
2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen,
3. die Kinder^{*)} eines Beihilfeberechtigten hinsichtlich der Geburt eines Kindes.

§ 4

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

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

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

aus.

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

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

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

^{*)} Ausnahme siehe Rundschreiben vom 18. September 1985 (GMBI S. 524)

(5) ¹Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Beihilfavorschriften des Bundes im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. ²Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

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

§ 5

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) ¹Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. ²Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. ³Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen. ⁴Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

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

(3) ¹Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. ²Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind 65 vom Hundert als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse errechnet. ³Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. ⁴Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 vom Hundert als zustehende Leistung anzusetzen.

⁵Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 Bundesversorgungsgesetz oder hierauf Bezug nehmende Vorschriften,

2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,
3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

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

(4) ¹Nicht beihilfefähig sind

1. Sach- und Dienstleistungen. ²Als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung. ³Bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 240 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) bemisst oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch

- a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch,
- b) Aufwendungen - mit Ausnahme der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus -, die darauf beruhen, dass der Versicherte die beim Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat.

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

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,
3. die in den §§ 6 bis 10 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) des Ehegatten im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000,00 Euro übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). ²Die oberste Dienstbehörde kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern die Gewährung von Beihilfen zulassen,
4. Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind,
5. Aufwendungen für Beamte, denen auf Grund von § 70

Bundesbesoldungsgesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften Heilfürsorge zusteht,

6. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. ²Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig,
7. Aufwendungen, die bereits auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4 Abs. 2 und 3 Satz 2) beihilfefähig sind,
8. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenersatzung nach § 64 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verlangt wird,
9. Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

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

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

(1) ¹Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen und Leistungen eines Heilpraktikers. ²Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2. ³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden,
2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, abzüglich eines Betrages für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel von
 - a) 4,00 Euro bei einem Apothekenabgabepreis bis 16,00 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,
 - b) 4,50 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von 16,01 Euro bis 26,00 Euro,
 - c) 5,00 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 26,00 Euro.

³Sind für Arznei- und Verbandmittel Festbeträge festgesetzt,

sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig; Beträge nach Satz 1 sind vom Festbetrag abzuziehen. ³Beträge nach Satz 1 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder, solange sie berücksichtigungsfähig im Sinne des § 3 sind,
- b) Empfänger von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des auf einen vollen Euro-Betrag abgerundeten 1,1fachen Satzes des Mindestruhegehaltes (§ 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 Beamtenversorgungsgesetz),
- c) Personen, die Leistungen nach § 9 Abs. 7 Satz 3 erhalten,
- d) Schwangere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung.

⁴Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen.

⁵Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
- b) Mund- und Rachentherapeutika,
- c) Abführmittel,
- d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit,

3. eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. ²Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. ³Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur oder Masseur und medizinischen Bademeister durchgeführt werden. ⁴Das Bundesministerium des Innern kann Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen festlegen,

4. Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. ²Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3. ³Dabei kann das Bundesministerium des Innern für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,

5. Erste Hilfe,

6. die vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch;

die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen

gen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), und zwar

- a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV)
 - aa) Fallpauschalen und Sonderentgelte (§ 11 BPfIV),
 - bb) tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungspflegesatz, Basispflegesatz, teilstationärer Pflegesatz - § 13 BPfIV -, Pflegesatz nach § 14 Abs. 5 Satz 5 BPfIV),
 - cc) Entgelte für Sondervereinbarungen - Modellvorhaben - (§ 26 BPfIV),
- b) Wahlleistungen
 - aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPfIV),
 - bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 BPfIV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich

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

²Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig, die den in Satz 1 genannten entsprechen,

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

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

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

- 8. eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 6,00 Euro stündlich, höchstens 36,00 Euro täglich, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung (Nummer 6, § 9 Abs. 7) den Haushalt nicht weiterführen kann. ²Voraussetzung ist, dass diese Person - ausgenommen Alleinerziehende - nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, im Haushalt mindestens eine beihilfe-

berechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das fünfzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. ³Dies gilt in besonderen Fällen auch für die ersten sieben Tage nach Ende der stationären Unterbringung sowie bei Alleinstehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. ⁴Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend. ⁵Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter fünfzehn Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. ⁶Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Satz 3 genannten Personen sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 9) nicht beihilfefähig,

- 9. die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher, zahnärztlicher, psychotherapeutischer Leistungen und Krankenhausleistungen sowie bei Heilbehandlungen (Nummer 3) und für eine erforderliche Begleitung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die Gepäckbeförderung. ²Höhere Beförderungskosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. ³Von den nach Satz 1 und 2 beihilfefähigen Aufwendungen ist ein Betrag von 13,00 Euro je einfache Fahrt abzuziehen.

⁴Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
 - b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in deren Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes,
 - c) die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
 - d) die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
- 10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich. ²Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich beihilfefähig. ³Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
 - b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 5,50 Euro täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 9 Abs. 7 oder 9,

11. Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. ³Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen,

12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.

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

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

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

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

(5) ¹Beträge nach Absatz 1 Nr. 2 Satz 1 und Nr. 9 Satz 3 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. ²Diese beträgt zwei vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 4; sofern Personen wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Beträge nach Satz 1 in Höhe von mindestens 1 vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 4 abgezogen wurden, entfallen die in Satz 1 genannten Abzugsbeträge nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung mit der Maßgabe, dass die Abzugsbeträge für die Person entfallen, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung ist. ³Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. ⁴Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. ⁵Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 vom Hundert. ⁶Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des Kalenderjahres vor Stellung des Antrages nach Satz 1.

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

(1) ¹Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens 3 Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums. ²Für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist eine Bestätigung des Sanatoriums, dass für eine erfolversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist,
3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
4. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
5. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
6. für den ärztlichen Schlussbericht.

(2) ¹Die Aufwendungen nach Absatz 1 Nr. 2 bis 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn

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

(3) ¹Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. ²Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden

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

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

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

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

(2) Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens dreiundzwanzig Kalendertage einschließlich der Reisetage bis zum Betrag von 16,00 Euro täglich, für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, bis zum Betrag von 13,00 Euro täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 Euro täglich beziehungsweise 10,00 Euro täglich für die Begleitperson hinausgehen,
3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
4. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
5. für den ärztlichen Schlussbericht.

(3) ¹Die Aufwendungen nach Absatz 2 Nr. 2 bis 5 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes, ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. ²Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(4) ¹Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur ist nicht zulässig,

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

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

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

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

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

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

³Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. ⁴Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt.

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

(6) ¹Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen des Absatzes 3 in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 5 Abs. 3 und § 14 sind hierbei nicht anzuwenden. ²Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 3 beihilfefähig.

(7) ¹Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. ²Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 Satz 1 entsprechend. ³Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens übersteigen. ⁴Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. ⁵Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehaltes der Besoldungsgruppe A 9 Bundesbesoldungsgesetz
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 vom Hundert des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 vom Hundert des Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 vom Hundert des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 vom Hundert des Einkommens,
3. bei allein stehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

⁶Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unter-

kunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

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

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

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

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

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

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

(3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, ausgenommen jedoch solche aus Anlass privater Reisen in Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

(1) Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

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

(2) ¹Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 128,00 Euro gewährt. ²Dies gilt auch, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. ³Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Pauschalbeihilfe nur einmal gezahlt.

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) ¹In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zur Höhe von 665,00 Euro, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 435,00 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. ²Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder auf Grund von Rechtsvorschriften, aus einem Beschäftigungsverhältnis oder aus einer im Sterbemonat nicht ausschließlich durch eigene Beiträge finanzierten Krankenversicherung oder Schadenersatzansprüche von insgesamt mindestens 1.000,00 Euro zu, so beträgt die Beihilfe 333,00 Euro, beim Tod eines Kindes 218,00 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2.000,00 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt. ³Soweit wegen Gewährung von Sterbe- oder Bestattungsgeldern Schadenersatzansprüche kraft Gesetzes übergehen, werden diese Schadenersatzansprüche nicht neben den Sterbe- oder Bestattungsgeldern im Sinne des Satzes 2 bei der Bemessung der Pauschalbeihilfe berücksichtigt. ⁴Bestattungsgeld nach §§ 36 oder 53 Bundesversorgungsgesetz bleibt unberücksichtigt.

(2) Ferner sind beihilfefähig die Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes.

(3) Verbleibt mindestens ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger oder selbst beihilfeberechtigter Familienangehöriger oder ein berücksichtigungsfähiges Kind unter fünfzehn Jahren im Haushalt und kann dieser beim Tod des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in entsprechender Anwendung des § 6 Abs. 1 Nr. 8 bis zu sechs Monaten, in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr beihilfefähig.

§ 13

Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach § 6 und §§ 9 bis 12 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

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

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

(3) ¹Aus Anlass einer Heilkur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn

1. durch das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten nachgewiesen wird, dass die Heilkur wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, und
2. der Kurort im Heilkurortverzeichnis aufgeführt ist und
3. die sonstigen Voraussetzungen des § 8 vorliegen.

²Die Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 1, 3 bis 5 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne sind beihilfefähig bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes, höchstens für eine Entfernung von siebenhundert Kilometern.

**§ 14
Bemessung der Beihilfen**

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

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

³Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 70 vom Hundert; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 vom Hundert, die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

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

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter,
5. nach § 12 Abs. 3 als Aufwendungen der ältesten verbleibenden Person.

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

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

(5) ¹Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Personen, zu deren Beiträgen für eine pri-

vate Krankenversicherung ein Zuschuss auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses mindestens in Höhe von 41,00 Euro monatlich gewährt wird, ermäßigt sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 vom Hundert. ²Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

(6) ¹Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen,

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

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

**§ 15
Begrenzung der Beihilfen**

(1) ¹Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. ²Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen - soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 Elftes Buch Sozialgesetzbuch dienen - unberücksichtigt. ³Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. ⁴Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 11 Abs. 2 sowie § 12 Abs. 1 unberücksichtigt.

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

**§ 16
Beihilfen beim Tod des Beihilfeberechtigten**

(1) ¹Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod und aus Anlass des Todes entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. ²Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod; für die Aufwendungen aus Anlass des Todes gilt § 12. ³Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für Aufwendungen aus Anlass des Todes, für die abweichend von § 12 Abs. 1 ebenfalls Ausgabebelege vorzulegen sind.

(2) ¹Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Absatz 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. ²Sind diese Personen Erben des Beihilfeberechtigten, erhalten sie eine Beihilfe auch zu Aufwendungen des Erblassers, die von diesem bezahlt worden sind. ³Die Beihilfe darf zusammen mit Sterbe- und Bestattungsgeldern sowie sonstigen Leistungen, die zur Deckung der in Rechnung gestellten Aufwendungen bestimmt sind, die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

§ 17 Verfahren

(1) ¹Beihilfen müssen vom Beihilfeberechtigten schriftlich beantragt werden. ²Es sind die vom Bundesministerium des Innern herausgegebenen Formblätter zu verwenden; zulässig sind auch amtliche EDV-Ausdrucke.

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

(3) ¹Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. ²Würden mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfen zustehen, wird eine Beihilfe nur dem gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für die Gewährung von Beihilfen zu Aufwendungen für Halbweisen.

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

(5) ¹Als Festsetzungsstellen entscheiden

1. die obersten Dienstbehörden über die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden über die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs,
3. die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger.

²Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln.

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

(7) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

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

(9) ¹Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. ²Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 9 Abs. 4 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, nach § 11 Abs. 2 der Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt, nach § 12 Abs. 1 der Tag des Ablebens und bei Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. ³Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

§ 18 Übergangs- und Schlussvorschriften

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

(2) ³Für Personen, die am 31. März 1959 nicht versichert waren, das 60. Lebensjahr zu diesem Zeitpunkt vollendet und bis zum 31. Dezember 1959 nachgewiesen hatten, dass sie von keiner Krankenversicherung mehr aufgenommen werden, können die bisherigen, nach Nummer 13 Abs. 8 Ziff. 2 der Beihilfevorschriften vom 13. März 1959 erhöhten Bemessungssätze auch weiterhin angewendet werden.

(3) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne ohne die Beschränkung des § 12 Abs. 2 beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 vom Hundert.

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

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

(6) Diese Verwaltungsvorschriften gelten nicht für die Deutsche Bundesbahn und diejenigen Beamten des Bundeseisenbahnver-

^{*)} durch Zeitablauf gegenstandslos

mögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.

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

Anlage 1
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

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

1 Allgemeines

1.1 ¹Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig.

²Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

1.2 ¹Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. ²Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z. B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.

1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 4 schließen sich aus.

2 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

2.1 ¹Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und

- beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

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

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

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

2.3 ¹Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

2.3.1 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. ³Vorausset-

zung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

- 2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei

der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

- 2.3.5 bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. ²Abweichungen bedürfen der Begründung. ³Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.
- 2.4.1 ¹Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. ²Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. ³Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.
- 2.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG - kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).
- 2.4.2.2 ¹Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

²Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leis-

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

2.4.3.1 Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

2.4.3.2 ¹Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

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

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

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

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

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

3 Verhaltenstherapie

3.1 ¹Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

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

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

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

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen An-

- satzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. schicksalhafte psychische Traumata),
 - seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
 - seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen - besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden - erkennen lassen.
- 3.3 ¹Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung
- 40 Sitzungen,
 - bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen 50 Sitzungen
- nicht überschreiten.
- ²Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten sind die Aufwendungen für 40 Sitzungen beihilfefähig. ³Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. ⁴Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁵Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.
- 3.4.1 ¹Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. ²Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
- 3.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
- 3.4.2.2 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- 3.4.3 ¹Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- ²Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- 3.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).
- 4 Psychosomatische Grundversorgung
- Die psychosomatische Grundversorgung umfasst verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und die Anwendung übender und suggestiver Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).
- 4.1 ¹Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:
- bei verbaler Intervention als einzige Leistung zehn Sitzungen;
 - bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;
 - bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

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

Anlage 2
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

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

- 4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kinderheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für Urologie durchgeführt wird.
- 4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.
- 4.4 ¹Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. ²Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.
- 5 Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

¹Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

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

²Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

³Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

1. Zahntechnische Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nummern 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik - außer Glaskeramik, nach Nummer 7 Buchstabe b - sind zu 60 vom Hundert beihilfefähig.

2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

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

3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

¹Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:

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

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

4. Implantologische Leistungen

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

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

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

5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

¹Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngelände beihilfefähig. ²Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselementen, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen, beihilfefähig.

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

6. Wartezeit für Beamte auf Widerruf

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

7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden,
- b) Glaskeramik einschließlich der anfallenden Nebenkosten, wie Charakterisierung.

Anlage 3
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV)

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

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

Abduktionslagerungskeil
Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung)
Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
Alarmgerät für Epileptiker
Anatomische Brillenfassung
Anti-Varus-Schuh
Anus-praeter-Versorgungsartikel
Anzieh-/Ausziehhilfen
Aquamat
Armmanschette
Armtragegurt/-tuch
Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)
Aufrichteschlaufe
Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)
Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen
Augenschieklappe, auch als Folie

Badestumpf
Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritiden)
Badewannenverkürzer
Ballspitze
Behinderten-Dreirad
Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
Bettnässer-Weckgerät
Beugebandage
Billroth-Batist-Lätzchen
Blasenfistelbandage
Blindenführhund (einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
Blindenschriftmaschine
Blindenstock/-langstock/-taststock
Blutlanzette
Blutzuckermessgerät
Bracelet
Bruchband

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

Dekubitus-Schutzmittel (z. B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)

Delta-Gehrad
Drehscheibe, Umsetzhilfen
Druckbeatmungsgerät
Duschsitz/-stuhl

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

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

Gehgipsgalosse
Gehhilfen und -übungsgeräte
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien
Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)
Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)
Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
Gipsbett, Liegeschale
Glasstäbchen
Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz
Gummistrümpfe

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
Handgelenkriemen
Hebekissen
Heimdialysegerät
Helfende Hand, Scherenzange
Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör
Hörgeräte (HdO, Taschengerate, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte bis zur Höhe der Kosten von HdO-Geräten)
Hüftbandage (z. B. Hohmann-Bandage)

Impulsvibrator
Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör
Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch

nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
Innenschuh, orthopädischer
Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen
Ipos-Vorfußentlastungsschuh

Kanülen und Zubehör
Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
Klumpfußschiene
Klumphandschiene
Klyso
Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation
Knöchel- und Gelenkstützen
Körperersatzstücke einschl. Zubehör
Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
Koordinator nach Schielbehandlung
Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
Kopfschützer
Krabbler für Spastiker
Krampfaderbinde
Krankenfahrstuhl mit Zubehör
Krankenstock
Kreuzstützbandage
Krücke

Latextrichter bei Querschnittlähmung
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
Lesegeräte für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen
Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
Lispelsonde

Mangoldsche Schnürbandage
Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen
Milchpumpe, in Einzelfällen auch elektrisch betrieben
Mundsperrerr
Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Haltemanschetten usw.
Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen

Pavlikbandage
Penisklemme
Peroneusschiene, Heidelberger Winkel

- | | |
|--|--|
| <p>Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung
Polarimeter</p> <p>Quengelschiene</p> <p>Reflektometer
Rektophor
Rollbrett
Rutschbrett</p> <p>Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen
Schede-Rad
Schrägliegebrett
Schutzbrille für Blinde
Schutzhelm für Behinderte
Schwellstromapparat
Segofix-Bandagensystem
Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
Skolioseumkrümmungsbandage
Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
Sphinkter-Stimulator
Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
Spreizfußbandage
Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
Spritzen
Stehübungsgerät
Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
Strickleiter
Stubbies
Stumpfschuhhülle
Stumpfstrumpf
Suspensorium
Symphysen-Gürtel</p> <p>(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
Teleskoprampe
Tinnitus-Masker, auch in Kombination mit Hörgeräten
Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
Tragegurtsitz</p> <p>Übungsschiene
Urinale
Urostomie-Beutel</p> <p>Vibrationstrainer bei Taubheit</p> <p>Wasserfeste Gehhilfe
Wechseldruckgerät
Wright-Peak-Flow-Meter</p> <p>Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.</p> | <p>3. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.</p> <p>4. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.</p> <p>5. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.</p> <p>6. ¹Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 100,00 Euro hinausgehen. ²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.</p> <p>7. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, in Höhe von 80 vom Hundert beihilfefähig.</p> <p>8. ¹Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512,00 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall bei männlichen Personen vor Vollendung des 25. Lebensjahres oder bei weiblichen Personen vorliegt. ²Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. ³Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.</p> <p>9. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 5 Abs. 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 6 Abs. 4 Nr. 3) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:</p> <p>Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk
Adju-Set/-Sano
Angorawäsche
Aqua-Therapie-Hose
Arbeitsplatte zum Rollstuhl
Augenheizkissen
Autofahrerrückenstütze
Autokindersitz
Autokofferraumlifter
Autolifter</p> <p>Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte</p> |
|--|--|
2. Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.

Bandagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)	Katzenfell
Basalthermometer	Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 1 erfasst)
Basisrampe	Knickfußstrumpf
Bauchgurt	Knoche Natur-Bruch-Slip
Behindertenstuhl „eibe“	Kolorimeter
Berkemannsandalen	Kommunikationssystem
Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie	Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung
Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze	Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidekubitusbett)
Bett-Tisch	Krankenunterlagen
Bidet	Kreislaufgerät „Schiele“
Bill-Wanne	Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
Blinden-Schreibsystem	Language-Master
Blinden-Uhr	Lingaduc-Schreibmaschine
Blutdruckmessgerät	Luftpolsterschuhe
Brückentisch	Luftreinigungsgeräte
Corolle-Schuh	
Dusche	Magnetfolie
Einkaufsnetz	Monophonator
Einmal-Handschuhe	Munddusche
Eisbeutel und -kompressen	Nackenheizkissen
Elektrische Schreibmaschine	Nagelspange Link
Elektrische Zahnbürste	Öldispersionsapparat
Elektrofahrzeuge (z. B. LARK, Graf Carello)	Orthopädische Bade- und Turnschuhe
Elektro-Luftfilter	
Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)	Prothesenschuh
Elektronisches Notizbuch	Pulsfrequenzmesser
Ess- und Trinkhilfen	
Expander	Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben
Farberkennungsgerät	Rotlichtlampe
Fieberthermometer	Rückentrainer
(Funk-)Lichtwecker	
Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)	Salbenpinsel
Ganter-Aktiv-Schuhe	Sauerstoffgeräte
(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge	Schlaftherapiegerät
Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)	Sicherheitsschuh, orthopädisch
Handtrainer	Spezialsitze
Hängeliege	Spirometer
Hantel (Federhantel)	Spranzbruchband
Hausnotrufsystem	Sprossenwand
Hautschutzmittel	Sterilisator
Heimtrainer	Stimmübungssystem für Kehlkopflose
Heizdecke/-kissen	Stockroller
Hilfsgeräte für die Hausarbeit	Stockständer
Holzsandalen	Stützstrümpfe
Höhensonne	Stufenbett
Hörkissen	SUNTRONIC-System (AS 43)
Hörkragen Akusta-Coletta	
Intraschallgerät „NOVAFON“	Taktellgerät
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)	Tamponapplikator
Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)	Tandem für Behinderte
Ionopront, PermoX-Sauerstoffzeuger	Telefonverstärker
Katapultsitz	Telefonhalter
	Therapeutische Wärmesegmente
	Therapeutisches Bewegungsgerät
	Transit-Rollstuhl
	Treppenlift, Monolift, Plattformlift

<p>Tünkers Butler</p> <p>Übungsmatte</p> <p>Umweltkontrollgerät</p> <p>Urin-Prüfgerät Uromat</p> <p>Venenkissen</p> <p>Waage</p> <p>Wandstandgerät</p> <p>WC-Sitz</p> <p>Zahnpflegemittel</p> <p>Zehenkorrektursandale</p> <p>Zweirad für Behinderte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dreistufen- oder Multifokalgläser: zuzüglich je Glas 21,00 Euro - Gläser mit prismatischer Wirkung: zuzüglich je Glas 21,00 Euro. 												
<p>10. ¹Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in dieser Anlage aufgeführt noch den aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern. ²Das Bundesministerium des Innern kann das Einvernehmen bei einzelnen Hilfsmitteln oder bei Gruppen von Hilfsmitteln allgemein erteilen. ³Soweit das Einvernehmen allgemein erteilt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen.</p>	<p>11.3 Brillen mit besonderen Gläsern</p> <p>Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nummer 11.2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:</p> <p>11.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 21,00 Euro</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt, - bei Anisotropien ab 2 dpt, - unabhängig von der Gläserstärke <ul style="list-style-type: none"> a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr, b) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist, c) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen. 												
<p>11. Die Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:</p>	<p>11.3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas bis zu 11,00 Euro</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen), - bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse), - bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis), - bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr, - bei Ziliarneurralgie, - bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven, - bei totaler Farbenblindheit, - bei Albinismus, - bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit, - bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren), - bei Gläsern ab + 10 dpt, - im Rahmen einer Fotochemotherapie, 												
<p>11.1 Voraussetzungen für die Beschaffung von Sehhilfen</p> <p>¹Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes.</p> <p>²Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers. ³Die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen), - bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse), - bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis), - bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr, - bei Ziliarneurralgie, - bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven, - bei totaler Farbenblindheit, - bei Albinismus, - bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit, - bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren), - bei Gläsern ab + 10 dpt, - im Rahmen einer Fotochemotherapie, 												
<p>11.2 Brillen</p> <p>Aufwendungen für Brillen sind - einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung - bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt): <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Einstärkengläser:</td> <td style="padding-right: 10px;">für das sph. Glas</td> <td>31,00 Euro</td> </tr> <tr> <td></td> <td>für das cyl. Glas</td> <td>41,00 Euro</td> </tr> <tr> <td style="padding-right: 10px;">Mehrstärkengläser:</td> <td>für das sph. Glas</td> <td>72,00 Euro</td> </tr> <tr> <td></td> <td>für das cyl. Glas</td> <td>92,50 Euro</td> </tr> </table> - bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt): zuzüglich je Glas 21,00 Euro 	Einstärkengläser:	für das sph. Glas	31,00 Euro		für das cyl. Glas	41,00 Euro	Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	72,00 Euro		für das cyl. Glas	92,50 Euro	<ul style="list-style-type: none"> - bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen), - bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse), - bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis), - bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr, - bei Ziliarneurralgie, - bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven, - bei totaler Farbenblindheit, - bei Albinismus, - bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit, - bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren), - bei Gläsern ab + 10 dpt, - im Rahmen einer Fotochemotherapie,
Einstärkengläser:	für das sph. Glas	31,00 Euro											
	für das cyl. Glas	41,00 Euro											
Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	72,00 Euro											
	für das cyl. Glas	92,50 Euro											

- bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.
- 11.4 Kontaktlinsen
- 11.4.1 Die Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:
- Myopie ab 8 dpt,
 - progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf in einem Zeitraum von 3 Jahren nachweisbar ist,
 - Hyperopie ab 8 dpt,
 - irregulärer Astigmatismus,
 - Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
 - Astigmatismus obliquus ab 2 dpt,
 - Keratokonus,
 - Aphakie,
 - Aniseikonie,
 - Anisometropie ab 2 dpt,
 - als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,
 - als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,
 - als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut, druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.
- 11.4.2 Bei Vorliegen der Voraussetzungen der Nummer 11.4.1 sind die Mehraufwendungen für Kurzzeitlinsen (z. B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) bei Vorliegen einer der folgenden zusätzlichen Indikationen beihilfefähig:
- Progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 dpt jährlich) nachweisbar ist,
 - Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,
 - Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,
 - Ektropium,
 - Entropium,
 - Symblepharon,
 - Lidschlussinsuffizienz.
- 11.4.3 Sofern eine der Indikationen der Nummer 11.4.1, nicht jedoch nach Nummer 11.4.2 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 Euro (sphärisch) und 230,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.
- 11.4.4 Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.
- 11.4.5 Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind die folgenden Aufwendungen - im Rahmen der Nummern 11.2 und 11.3 - beihilfefähig für:
- eine Reservebrille oder
 - eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) so-
- wie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinse und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie und bei über Vierzigjährigen.
- 11.5 Andere Sehhilfen
- ¹Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen - einschließlich Handwerksleistung - in folgendem Umfang beihilfefähig:
- für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 11.2 und 11.3 (die Voraussetzungen der Nummer 11.3.1 entfallen),
 - für eine Brillenfassung bis zu 52,00 Euro.
- ²Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können die Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohr Lupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u. Ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.
- 11.6 Erneute Beschaffung von Sehhilfen
- Im Übrigen sind die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre - bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre - vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
- sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,
 - die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
 - bei Kindern sich die Kopfform geändert hat.
- 11.7 Die Aufwendungen für
- Bildschirmbrillen
 - Brillenversicherungen
 - Etui
- sind nicht beihilfefähig.
12. ¹Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
- a) Anschaffungskosten für zwei Langstöcke sowie ggf. für elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung.
 - b) Aufwendungen für ein ambulant durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung:
 - Stundensatz von höchstens 26,00 Euro für die Unterweisung bis zu 60 Stunden einschl. des erforderlichen Unterrichtsmaterials, darüber hi-

naus in besonderen Fällen bei entsprechendem Nachweis der Notwendigkeit weitere 20 Stunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 20 Stunden,

- Ersatz der notwendigen Fahrkosten für Fahrten des Trainers in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
- Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist, bis zu einem Betrag von 26,00 Euro täglich.

²Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

- c) Aufwendungen für ein stationär durchgeführtes Grundtraining im Gebrauch des Langstocks sowie in der Orientierung:

- Fahrkosten für die An- und Abreise nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
- Kursgebühr entsprechend Buchstabe b,
- Kosten der Unterkunft nach § 6 Abs. 1 Nr. 10 Buchstabe a.

²Soweit nach dem Grundtraining eine ergänzende Unterweisung am Wohnort des Blinden erforderlich ist, können die Aufwendungen im notwendigen Umfang unter entsprechender Anwendung des Buchstaben b anerkannt werden.

- d) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstaben b und c.
- e) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden, ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang, anerkannt werden. ²Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

²Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. ³Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist.

Artikel 2 In-Kraft-Treten

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Anlage 2 zum BMI-Rundschreiben - DI 5 - 213 100 - 1/1a und h - vom 2. November 2001

Zweite allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen an Bundesbedienstete im Ausland (BhV-Ausland)

Vom 1. November 2001

Nach § 200 des Bundesbeamtengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. März 1999 (BGBl. I S. 675) erlässt das Bundesministerium des Innern folgende allgemeine Verwaltungsvorschrift zu § 79 dieses Gesetzes:

Artikel 1

Neufassung der Beihilfevorschriften Ausland

Die Beihilfevorschriften Ausland vom 10. Juli 1995 (GMBI S. 470), zuletzt geändert durch Artikel 1 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift vom 10. Februar 1999 (GMBI S. 262), erhält folgende Fassung:

Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen an Bundesbedienstete im Ausland (BhV-Ausland)

I.

Die allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfevorschriften - BhV) vom 1. November 2001 findet für Bundesbeamte mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und die in das Ausland abgeordneten Bundesbeamten mit den nachstehenden Abweichungen Anwendung:

Zu § 3

1 Zu Absatz 1 Nr. 2

Berücksichtigungsfähig sind die nicht selbst beihilfeberechtigten Kinder des Beihilfeberechtigten, für die ein Kinderzuschlag nach § 56 Bundesbesoldungsgesetz gezahlt wird oder nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind bis zum Erreichen der Volljährigkeit sorgeberechtigt ist oder war.

Zu § 5

2 Zu Absatz 1

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen beurteilt sich anstelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Gebührenordnung für

Zahnärzte (GOZ) unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren; Entsprechendes gilt für die Gebühren eines Heilpraktikers.

3 Zu Absatz 3

Von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach den Sätzen 3 und 4 kann abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder die zustehenden Leistungen wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.

4 Zu Absatz 4 Nr. 3

Zu dem in dieser Vorschrift genannten Einkommensbetrag tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

Zu § 6

5 Zu Absatz 1 Nr. 1 Satz 2

Ist bei zahnärztlichen Sonderleistungen der auf zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik entfallende Kostenanteil nicht nachgewiesen oder nicht zu ermitteln, ist der hierauf entfallende Anteil mit 40 vom Hundert des Gesamtrechnungsbetrages anzusetzen.

6 Zu Absatz 1 Nr. 1 Satz 3

Bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie treten an die Stelle der vom Bundesministerium des Innern benannten Gutachter die Ärzte des Gesundheitswesens beim Auswärtigen Amt oder von diesem beauftragte Vertrauensärzte.

7 Zu Absatz 1 Nr. 3

Zu dem in dieser Vorschrift genannten Höchstbetrag tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

8 Zu Absatz 1 Nr. 4

Zu den für diese Vorschrift maßgebenden Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu, wenn die Aufwendungen in Fremdwährung entstanden sind.

9 Zu Absatz 1 Nr. 6

Für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenanstalten sind unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung einem Zweibettzimmer im Inland entspricht; es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig.

Der in Satz 1 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb der Vorschrift genannte Abzugsbetrag ist entsprechend zu berücksichtigen.

10 Zu Absatz 1 Nr. 8

(1) Bei einer notwendigen ambulanten ärztlichen Behandlung des den Haushalt allein führenden Elternteils außerhalb des Gastlandes findet die Vorschrift entsprechende Anwendung, wenn mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und die auswärtige Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert. Werden in den Fällen des Satzes 1 Kinder unter vier Jahren mitgenommen, sind die notwendigen Beförderungskosten beihilfefähig.

(2) Wird die Weiterführung des Haushalts von einer der in Nummer 7 Satz 3 genannten Person übernommen, so sind die Fahrkosten bis zur Höhe der Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

(3) Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

11 Zu Absatz 1 Nr. 9

Ist bei Krankheit oder Geburt eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Behandlung geboten war. Entsprechendes gilt aus Anlass von Maßnahmen nach § 10 Abs. 1 BhV.

12 Zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe a

(1) Die Vorschrift gilt auch bei notwendiger ambulanter ärztlicher Behandlung außerhalb des Gastlandes.

(2) Absatz 1 findet auch bei einer außerhalb des Gastlandes erforderlichen stationären Behandlung für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige Begleitperson entsprechende Anwendung.

(3) Zum Höchstbetrag tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

13 Zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

Zu § 7

14 Zu Absatz 2

(1) Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Sanatori-

umsbehandlung in einer entsprechenden ausländischen Einrichtung hat zur Voraussetzung, dass der begutachtende Amts- oder Vertrauensarzt das Sanatorium als zur stationären Behandlung und Pflege im Sinne des § 7 Abs. 4 geeignet erklärt und die Sanatoriumsbehandlung nicht in Verbindung mit einem Inlandsaufenthalt durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist eine entsprechende Unterlage über das in Aussicht genommene Sanatorium beizufügen.

(2) Wird eine Sanatoriumsbehandlung, auf die nach den in § 5 Abs. 3 Satz 1 bezeichneten Rechtsvorschriften ein Anspruch besteht, im Inland gewährt, so gelten auch die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem inländischen Behandlungsort als beihilfefähige Aufwendungen, soweit diese vom Kostenträger nicht erstattet werden. Dies gilt nicht, wenn die Sanatoriumsbehandlung mit gleicher Erfolgsaussicht auch im Gastland oder in der näheren Umgebung durchgeführt werden kann und die beihilfefähigen Aufwendungen in diesem Fall niedriger sind als die Durchführung der Sanatoriumsbehandlung im Inland.

Zu § 8

15 Zu Absatz 2 Nr. 2

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

16 Zu Absatz 3

Die abweichenden Vorschriften zu § 7 finden entsprechende Anwendung.

Zu § 11

17 Zu Absatz 1 Nr. 4

(1) Ist im Geburtsfall eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet und muss dieser wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden, sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 8 für die Dauer der ärztlich festgestellten unvermeidbaren Abwesenheit vom Dienstort beihilfefähig.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 sind die Kosten für Unterkunft am Entbindungsort vor Aufnahme in eine Krankenanstalt entsprechend den Unterkunftskosten bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen beihilfefähig. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt eines nahen Angehörigen.

18 Zu Absatz 2

Zu der in dieser Vorschrift genannten Pauschalbeihilfe tritt in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu, wenn die Aufwendungen in Fremdwährung entstanden sind.

Zu § 12

19 Zu Absatz 1

(1) Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt bei einer Beisetzung im Ausland in entsprechender Anwendung des § 7 Bundesbesoldungsgesetz der für den Dienstort geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

(2) Übersteigen die beihilfefähigen angemessenen Aufwendungen in Todesfällen infolge der besonderen Verhältnisse am ausländischen Beisetzungsort das Zweifache der für das Inland geltenden Pauschalbeträge, so erhöhen sich die Pauschalbeträge um 50 vom Hundert des übersteigenden Betrages.

20 Zu Absatz 2

Bei Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und in das Ausland abgeordneten Beamten sind die Kosten der Leichen- und Urnenüberführung in die Bundesrepublik Deutschland bis zur Höhe der Überführungskosten an den vom Hinterbliebenen gewählten Beisetzungsort beihilfefähig; im Falle der Beisetzung im Ausland höchstens die Kosten einer Überführung für eine Entfernung von siebenhundert Kilometern.

Zu § 14

21 Zu Absatz 1

Der Bemessungssatz erhöht sich auf 100 vom Hundert der beihilfefähigen Aufwendungen

1. für Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort (Nummer 11), soweit diese den Betrag von 153 Euro übersteigen,
2. für die unter Nummer 20 genannten Fälle der Leichen- und Urnenüberführung.

Zu § 17

22 Zu Absatz 8

Diese Regelung findet auch auf Beförderungskosten zum nächstgelegenen Behandlungsort (Nummer 11) Anwendung.

23 Zu Absatz 9

Die Antragsfrist ist gewahrt, wenn der Beihilfeantrag innerhalb dieser Frist bei der zuständigen Beschäftigungsdienststelle im Ausland vorgelegt wird.

Beihilfefähige, außerhalb des Gastlandes entstehende Aufwendungen

- 24 Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes im Ausland entstehen, sind nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie bei Behandlung im Gastland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Dies gilt nicht in den Fällen der Nummer 11.

II.

- 1 Für die in das Ausland entsandten Angestellten und Arbeiter (Arbeitnehmer) finden die Regelungen des Abschnitts I mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass für die nach deutschem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Arbeitnehmer sowie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Arbeitnehmer mit Beitragszuschuss nach § 257 SGB V sich der Bemessungssatz für die im Ausland entstehenden, nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 vom Hundert erhöht.
- 2 Für die bei den Auslandsdienststellen des Bundes beschäftigten nicht entsandten deutschen und nichtdeutschen Angestellten und Arbeiter (Arbeitnehmer) finden die Regelungen des Abschnitts I mit folgenden Maßgaben entsprechende Anwendung:

2.1 Zu § 3 Abs. 1 Nr. 2 (Nummer 1)

Zu Aufwendungen für Kinder kann eine Beihilfe gewährt werden, wenn das Kind bei sinngemäßer Anwendung der für entsandte Bedienstete geltenden Beihilfavorschriften berücksichtigungsfähig wäre.

2.2 Zu § 5 Abs. 4 Nr. 3 (Nummer 4)

An die Stelle des in dieser Vorschrift genannten Einkommensbetrages tritt der dem ortsüblichen Einkommensniveau entsprechende Betrag für eine vergleichbare Beschäftigung im Inland. In Zweifelsfällen ist das ortsübliche Einkommen für eine der Vergütungsgruppe VII BAT vergleichbare Tätigkeit zugrunde zu legen. Ein Kaufkraftausgleich wird nicht vorgenommen.

2.3 Zu § 6 Abs. 1 Nr. 9 (Nummer 11)

Die Kosten der Beförderung zur Behandlung außerhalb des Landes sind nur dann beihilfefähig, wenn nach der Stellungnahme des Amts- oder Vertrauensarztes außergewöhnliche

Gründe dies rechtfertigen und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Einlieferung in ein Krankenhaus außerhalb des Landes unabweisbar war.

2.4 Zu § 6 Abs. 1 Nr. 10 Buchstabe a (Nummer 12)

Nummer 2.3 findet entsprechende Anwendung.

2.5 Zu §§ 7 und 8 (Nummern 14 bis 16)

Zu den Aufwendungen für Sanatoriumsaufenthalte und Heilkuren werden Beihilfen nicht gewährt.

2.6 Zu § 11 Abs. 1 Nr. 4 (Nummer 17)

Nummer 2.3 findet entsprechende Anwendung.

2.7 Zu § 12 Abs. 2 (Nummer 20)

Abschnitt I Nummer 20 findet keine Anwendung.

2.8 Zu § 14 Abs. 1 (Nummer 21)

Für die nicht entsandten deutschen Arbeitnehmer, die nach deutschem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, erhöht sich der Bemessungssatz für die im Ausland entstehenden, nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 vom Hundert.

- 3 Bei Arbeitnehmern, deren Arbeitsverhältnis nach dem 28. Februar 1999 beginnt, sind die Nummern 1 und 2 nicht anzuwenden.

Artikel 2

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift, die nach Anhörung des Auswärtigen Amtes gemäß § 18 Abs. 5 der Beihilfavorschriften des Bundes ergeht, tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Das Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 12. Dezember 2001 (Geschäftszeichen: D I 5 213 100 - 1/1f) hat folgenden Wortlaut:

- A Im Nachgang zu der Neufassung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfavorschriften - BhV) vom 1. November 2001 (siehe Bezug) übersende ich die Neufassung der ab 1. Januar 2002 gültigen Hinweise. Sie berücksichtigt die seit der Bekanntmachung vom 10. Juli 1995 (GMBI S. 470) eingetretenen Änderungen sowie die Umstellung auf die Währungseinheit Euro. Redaktionelle Unrichtigkeiten sind beseitigt worden. Sofern es zweckmäßig erscheint, können übergangsweise in den Formblättern beide Währungseinheiten (DM und Euro) ausgewiesen werden. Gewisse mit der Währungsumstellung vorübergehend auftretende Schwierigkeiten bei der Berechnung und Festsetzung von Beihilfen bitte ich, jeweils in eigener Verantwortung pragmatisch zu lösen. Zahlungen von Beihilfen ab 1. Januar 2002 erfolgen gemäß den allgemeinen Vorgaben in Euro.
- B Die Hinweise zu Artikel 2 (Aufwendungen bei Empfängnisregelung; nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation) der allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen vom 10. Juli 1995 (siehe GMBI S. 470) gelten weiter.

**Anlage
zum BMI-Rundschreiben
vom 12. Dezember 2001
- D I 5 - 213 100 - 1/1f**

**Hinweise
zur Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen
in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen
(Beihilfavorschriften - 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

Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen in Betracht § 22 Abs. 1 Satz 2, §§ 53 bis 56 und § 61 Abs. 2 und 3 BeamtVG.

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-, Geburts- und Todesfällen in sinngemäßer Anwendung der BhV. Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird statt dessen 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. Dezember 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 Kinder. Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Familienzuschlag zusteht (z. B. bei Empfängern von Anwärterbezügen) 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 2).

- 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 2.

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 Teilzeitbeschäftigung 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 Absatz 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 Tarifvertrags zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen 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.

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 Einfachsätze 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, 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 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Sätze 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 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 i. S. der Beihilfavorschriften 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, 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 i. V. m. § 5b GOÄ.

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

- 8 Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden.

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 - ausgenommen Bestattungsgelder (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 4) - nach dem BVG, und zwar auf Leistungen der Kriegsopferversorgung 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 und für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615a i. V. m. § 1610 Abs. 2, §§ 1615 ff. BGB). Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenersatzung 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. 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 Behandlerkreis, findet § 5 Abs. 3 Sätze 3 und 4 Anwendung.

- 5 Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit ermäßigtem Beitragssatz nach § 240 Abs. 3a SGB V ist Satz 3 nicht anzuwenden, soweit auf Grund Artikel 2 Nr. 2 der Änderungsvorschrift vom 19. September 1989 sowie des Hinweises 4 zu § 14 Abs. 4 weiterhin ein Bemessungssatz von 100 vom Hundert zu den nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen zu gewähren ist.

Entsprechendes gilt für Personen, die Leistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG oder hierauf Bezug nehmender Vorschriften erhalten, sowie für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden.

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 § 6

Zu Absatz 1

1 Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für durchgeführte Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

- 1.1 Beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - die homologe Insemination,
 - die homologe In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer bzw. Transfer der Gameten.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation.

1.2 Homologe Insemination

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens fünf Behandlungen. Die Feststellungsstelle kann bei einer entsprechenden ärztlichen Feststellung darüber hinaus die Aufwendungen für weitere drei Behandlungen als beihilfefähig anerkennen.

1.3 In-vitro-Fertilisation

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens vier Behandlungen.

1.4 Über die in den Hinweisen 1.2 und 1.3 genannten Höchstgrenzen hinausgehende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.

2 Legasthenie ist keine Erkrankung i. S. 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 (Nr. 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. $\frac{8 \ 7 \ 6 \ 5 \ 4 \ 3 \ 2 \ 1 \ / \ 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5 \ 6 \ 7 \ 8}{8 \ 7 \ 6 \ 5 \ 4 \ 3 \ 2 \ 1 \ / \ 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5 \ 6 \ 7 \ 8}$
 K B B B K

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

2. $\frac{8 \ 7 \ 6 \ 5 \ 4 \ 3 \ 2 \ 1 \ / \ 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5 \ 6 \ 7 \ 8}{8 \ 7 \ 6 \ 5 \ 4 \ 3 \ 2 \ 1 \ / \ 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5 \ 6 \ 7 \ 8}$
 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. $\frac{8 \ 7 \ 6 \ 5 \ 4 \ 3 \ 2 \ 1 \ / \ 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5 \ 6 \ 7 \ 8}{8 \ 7 \ 6 \ 5 \ 4 \ 3 \ 2 \ 1 \ / \ 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5 \ 6 \ 7 \ 8}$
 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 Therapeut 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, BGBl. I 1998 S. 1311) einholen.
 - 5.1.3 Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und ggf. das Formblatt 2a in einem verschlossenen, als vertrau-

liche Artsache 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:
 - a) den als vertrauliche Artsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),
 - b) das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie),
 - c) das Formblatt 4, in dreifacher Ausfertigung,
 - d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Artsache 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 Artsache 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:
 - a) den als vertrauliche Artsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),
 - b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
 - c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Artsache 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 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 aufgrund 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,
Menachem Amitai 79111 Freiburg

- Dr. med. Ludwig Barth Mühlbaurstr. 38b,
81677 München

- Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Beese Leinsteige 11,
72160 Horb a.N.

- Dr. med. Ulrich Berns Gretchenstr. 36,
30161 Hannover

- Dr. med. Rudolf Blomeyer Fritschestr. 65,
10585 Berlin

- Dr. med. Dietrich Bodenstein Waldwinkel 22,
14532 Kleinmachnow

- Dr. med. Doris Bolk-Weischedel Eichkampstr. 108,
14055 Berlin

- Dr. med. Gerd Burzig Hamburger Str. 49,
23611 Bad Schwartau

- Prof. Dr. med. Michael Ermann Postfach 15 13 09,
80048 München

- Dr. med. Dietrich Haupt Wörther Str. 44,
28211 Bremen

- 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. 6b,
14193 Berlin

- Prof. Dr. med. Karl König Hermann-Föge-Weg 6,
37073 Göttingen

- Dr. med. Albrecht Kuchenbuch Wormser Str. 4,
10789 Berlin

- Prof. Dr. med. Peter Kutter Brenntenau 20 A,
70565 Stuttgart

- Prof. Dr. med. Klaus Lieberz Zentralinstitut für
Seelische Gesundheit -
Psychosomatische
Klinik,
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 Ginnheimer Str. 23,
60487 Frankfurt/Main
- Dr. med.
Hermann Roskamp Lohengrinstr. 67,
70597 Stuttgart
- Dr. med.
Günter Schmitt Abraham-Wolf-Str. 62,
70597 Stuttgart
- Dr. med. Gisela Thies Tegeleck 27,
23843 Bad Oldesloe
- Prof. Dr. med.
Helmut Thomä Postfach 37 07,
89027 Ulm

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

- Dr. med.
Ulrich Berns Gretchenstr. 36,
30161 Hannover
- Dr. med.
Hermann Fahrig Carl-Beck-Str. 58,
69151 Neckargemünd
- Dr. med.
Dietrich Haupt Wörther Str. 44,
28211 Bremen
- Dr. med. Annette
Streeck-Fischer Herzberger Landstr. 53,
37085 Göttingen

III. Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

- Prof. Dr.
Gerd Buchkremer Psychiatrische Univer-
sitätsklinik,
Osianderstr. 22,
72076 Tübingen
- Prof. Dr. med.
Helmut Enke c/o Richter,
Reutlinger Str. 56,
89079 Ulm
- Prof. Dr. med.
Iver Hand Martinistr. 52,
20251 Hamburg
- Dr. med.
Dieter Kallinke Berufsförderungswerk,
Ludwig-Gutmann-Str.
Haus 24/25,
69123 Heidelberg
- Dr. med.
Johannes Kemper Bauerstr. 15,
80796 München
- 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

IV. Gutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

- Dr. med.
Peter Altherr Westbahnstr. 12,
76829 Landau
- Dr. med.
Horst Trappe Kinderhospital,
Iburger Str. 187,
49082 Osnabrück

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

- Dr. med.
Ludwig Barth Mühlbaurstr. 38b,
81677 München
- Dr. med. Doris
Bolk-Weisedel Eichkampstr. 108,
14055 Berlin
- Prof. Dr. med.
Karl König Hermann-Föge-Weg 6,
37073 Göttingen
- Prof. Dr. med.
Rolf Meermann Psychosomatische
Klinik,
Bombargallee 11,
31812 Bad Pyrmont
- 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:

- Dr. med.
Franz Rudolf Faber Postfach 11 20,
49434 Neuenkirchen/
Oldenburg
- Prof. Dr. med.
Iver Hand Martinistr. 52,
20251 Hamburg

5.7 Zusammenstellung der Formblätter 1 bis 5:

Formblatt 1
(Hinweis 5.7 zu § 8 Abs. 1 Nr. 1 BfV)**Antrag auf Anerkennung der Behilffähigkeit für Psychotherapie****I. Behilffähiger**

Name, Vorname	Personennummer
---------------	----------------

Ich bitte um Anerkennung der Behilffähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

....., den

.....
(Unterschrift des Behilffähigen)

II. Auskunft des Patienten**A) Wer wird behandelt?**

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

B) Schweigepflichtenkündigung

(Ich erteile hiermit Herrn/Frau

..... dem Fachgutachter der Festsetzungsausschüsse Auskunft zu geben und erkläre hiermit von der Schweigepflicht des Arztes oder Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeut genannt) und bin damit einverstanden, dass der Fachgutachter der Festsetzungsausschüsse mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

....., den

.....
(Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters)

III. Beschreibung des Therapeuten**1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?**

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

Erstbehandlung

Verlängerung/Folgebildung

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

B. Gebührenförm:

Gebührenhöhe je Sitzung _____

IV. Fachkundennachweis 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
- Berufsbezeichnung Psychotherapie,
 - verliehen: vor dem 1. April 1984
 - nach dem 1. April 1984
- Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Schwerpunkt Verhaltenstherapie
- Berufsbezeichnung Psychoanalyse
- Qualifikation in Gruppenpsychotherapie liegt vor

2. Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Zutreffendes ankreuzen, Angaben bitte vollständig und leserbar 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

Gegenseitige Eintragung in das Arztregister als

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

bei der Kassenz ärztlichen Vereinigung

Für welche anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine KV-Zulassung/-Ermächtigung oder ein Eintrag im 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 (1) analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie

Name und Ort des Instituts:

Datum des Abschlusses:

....., den

.....
(Stempel und Unterschrift des Antragstellers)

Formblatt 2
 (Hinweis 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BfV)

Arztname:
 (Name und Anschrift des Therapeuten)

Bericht

an den Gutachter zum Antrag
 auf Anerkennung der Befähigung für Psychotherapie

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

I. Angaben über den Patienten

Name, Vorname	Geburtsort	
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 verursacht? Therapieziele des Patienten (bei K+J auch der Eltern). Bei anteriorer psychotherapeutischer/psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlussbericht beifügen.
2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einrichtfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stützungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei K+J auch Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts. **Psychopathologischer Befund** (z. B. Motrik, 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 Bemerkenswerte zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

4. **Biographische Anamnese unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstrukturmerkmale.** 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 Schwelersituationen, 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 Belastungscharakteristika einer ausstehenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung ersiehenden 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 Konfliktlage muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und Interpersonalem Aspekt. Bei strukturellen Ichdefiziten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.
6. **Neurotisch-psychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.
7. **Behandlungsplan, inklusive Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und der Darlegung realisierbarer ersichtlicher 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 altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.
2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der Individuen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Überlegungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei K+J auch telegraphische Spleissequenzen und Art der Einbeziehung des Therapeuten. Ermittelte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstberichts. Angaben zur Mitarbeit des Patienten, seine Regressionsfähigkeit bzw. -tendenz, evtl. Forderungen 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. krankheitsfördernder 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 lebensgeschichtlichen 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 Bildungsganges und der beruflichen Situation.
 - c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwefelsituation), 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 (ambulanzstationär) 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 lebensgeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.

3. **Psychischer Befund:** (Teilbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieerfolgskontrolle relevant sind)
 - a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionale Kontakt.
 - b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
 - c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der emotionalen Funktion, Wahnsymptomatik, subtile Tendenzen).
4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich). Gibt es Besonderes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensstörungen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neu 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 Verhaltensstärken und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsmöglichkeiten. Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.
6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.
7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitsinsicht 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 8. des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. neuropsychologische 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 hinzugegetene 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 Therapiemaßnahmen mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen des Patienten.

.....

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

Formblatt 2a

(Hinweis 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BtV)

Name, Vorname des Patienten
geb. am

Konsiliarbericht^{*)}

**vor Aufnahme
einer Psychotherapie
Auf Veranlassung von:**

Name des Therapeuten

Ärztliche Mitwirkung ist erforderlich.

Art der Maßnahme

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

Stichwärtige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit dem aktuellen Gesundheitszustand relevanten anamnestischen Daten:

--

--

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

--

--

Relevante Vor- und Parallelbehandlungen sind/ist (z. B. aktuelle Medikation):

--

--

Befunde, die eine ärztlich/ärztlich-vereinstimmte Einzelbehandlung erforderlich machen, lauten vor:

--

--

Befunde, die eine psychiatrische bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrische Mitbestimmung erforderlich machen, lauten vor:

--

--

Psychiatrische bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrische Abklärung ist **erfolgt** **unvollständig**

Welche ärztlich/ärztlich-vereinstimmten Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind erforderlich?

--

Welche ärztlichen Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind unvollständig?

--

--

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 Arztbesche gekennzeichneten Umschlag einwickeln.

Formblatt 3

(Hinweis 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BtV)

(Dienststelle, Festsetzungstelle)

..... den

┌ ┐
(Anschrift des Gutachters)

└ ┘

Betr.: Beihilfavorschriften (BtV)
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 gutschichtliche 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 § 8 Abs. 1 Nr. 1 BfV)

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	Gruppensitzungen
1. für den Patienten/die Patientin		
2. für die begleitende Psychotherapie der Bezugsperson		

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

* Das Gutachten bitte in dem beigelegten, als vertrauliche Arztbesche gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle übermitteln.

Formblatt 5

(Hinweis 5.7 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BfV)

(Zerbstelle/Festsetzungsstelle)

..... den

┌
(Auswahl des Beihilfeberechtigten oder
 des Bevollmächtigten)
 └

┌
 └

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

aufgrund 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 Beihilfevorschriften 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 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.
- 2 Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel sind nicht beihilfefähig. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z. B. D-Fluoretten, Vigantolletten) bei Säuglingen und Kleinkindern.
- 3 Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen.
- 4 Zu den Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, gehören z. B. Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwasser (z. B. Fachinger, Hep-pinger, St. Margareten Heilwässer), medizinische Körperpflegemittel und dergleichen.

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.

- 5 Aufwendungen für empfangnisregelnde Mittel sind nicht beihilfefähig, es sei denn, sie werden als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.
- 6 Aufwendungen für Mund- und Rachentherapeutika sind bei Pilzinfektionen beihilfefähig. Aufwendungen für Abführmittel sind dann beihilfefähig, wenn die Abführmittel wegen einer schweren Grunderkrankung lebensnotwendig sind (z. B. postoperative Zustände, schwere Erkrankung des Darmes, Querschnittlähmung).
- 7 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.

- 8 Die Höhe des 1,1fachen Satzes des Mindestruhegehaltes gibt das Bundesministerium des Innern bekannt. Maßgebend für die Festsetzung der Beihilfe ist das Mindestruhegehalt zum Zeitpunkt der Antragstellung. Maßgebend sind die Bruttoversorgungsbezüge vor Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften; dies gilt nicht bei der Kürzung von Versorgungsbezügen nach § 57 BeamtVG (Versorgungsausgleich).
- 9 Maßgebend für den Abzugsbetrag nach den Sätzen 1 und 2 ist der Apothekenabgabepreis bzw. der Festbetrag der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen (rep.) bzw. bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg des Arznei- und Verbandmittels.
- 10 Zur Befreiung vom Abzugsbetrag für Schwangere benötigt die Festsetzungsstelle entweder eine Kennzeichnung des Arzneimittels durch den verschreibenden Arzt oder eine entsprechende Erklärung der Schwangeren mit Angabe der Dauer der Schwangerschaft.

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 Schlaffhorst-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:

schwere Schultersteife (frozen sholder),
Impingement-Syndrom,
Schultergelenkluxation,
tendinosis calcarea,
periathritis humero-scapularis (PHS)

- Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss

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
- instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und/oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik
- lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose > 50° nach Copp

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

2.1.1.2 Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen
- Osteotomien der großen Röhrenknochen

2.1.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit

- Schulterprothesen
- Knieendoprothesen
- Hüftendoprothesen

2.1.4 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.

2.1.1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

- Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband)
- Schultergelenkläsionen, insbesondere nach:
operativ versorgter Bankard-Läsion,
Rotatorenmanschettenruptur,

3 Für Heilbehandlungen eines Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseurs oder Masseurs und medizinischen Bademeisters werden für die Angemessenheit der Aufwendungen folgende Höchstbeträge festgelegt:

Ifd. 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 frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, 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

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, 12 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.

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie ^{10,11} , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
15	Entfällt	
16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20
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	19,50
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸	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)	11,80
	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	- Teilpackung	20,50
	- Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung)	
	- Anwendung von Lehm, Quark o. Ä.	7,70
	- Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkompressen	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10

² Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10, 12 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht 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.

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.

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	20,00
25	a) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
	b) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
26	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	39,90
28	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
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	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	21,00
	d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	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)	9,80
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	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
----	---	------

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

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
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
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

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

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
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	Fahrtkosten (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.

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:	tenwerkstätten und die in Hinweis 2 zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b genannten Einrichtungen sein.
Zu Absatz 1 Nr. 4		
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.	1 Die in Nummer 7 der Anlage 3 genannten Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind medizinische Kompressionswadenstrümpfe, -(halb)schenkelstrümpfe, -strumpfhoosen, -stumpfstümpfe, -armstrümpfe sowie Narbenkompressionsbandagen, Ein- und Mehrkammergeräte und Befestigungshilfen (Hautkleber, Strumpfhaltersysteme, Leibteile, Leibgurte).
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.	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 600,00 Euro betragen. Das Bundesministerium des Innern kann zu den Verzeichnissen der Nummer 1 sowie der Nummer 9 der Anlage 3 weitere nähere Erläuterungen geben.
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.	3 Die Refraktionsbestimmung durch den Augenoptiker nach Nummer 11.1 der Anlage 3 genügt auch, wenn bei der erneuten Beschaffung einer Brille z. B. andere Gläser notwendig werden oder statt einer Brille Kontaktlinsen notwendig sind.
Zu Absatz 1 Nr. 6		
4.4	Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, können z. B. Frühförderinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten und die in Hinweis 2 zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b genannten Einrichtungen sein.	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 BPfIV nicht anwenden.

Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 vom Hundert 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 BPfIV 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 13,00 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes 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 BPfIV 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 BPfIV, den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen 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 BPfIV (DRG-Systemzuschlags-Gesetz vom 27. April 2001, BGBl. I S. 772) berechnet wird.
- 5 Aufwendungen für eine gemäß § 22 BPfIV in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ am Verlegungs- oder Entlassungstag sind im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 6 beihilfefähig.
- 6 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 23 BPfIV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 22 BPfIV 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.

Zu Absatz 1 Nr. 7

- 1 Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie ggf. 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 Zuzahlung 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 Krankenhausaufenthalt (Nummer 6) durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird; Entsprechendes gilt für allein stehende Beihilfeberechtigte. Nur geringfügig ist eine Erwerbstätigkeit dann, wenn die regel-

mäßige 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 i. S. 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 oder Sanatorium aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist; in diesen Fällen gilt Satz 3 nicht.
- 2 Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 6 entstehenden Beförderungskosten ist der Abzugsbetrag nach Satz 3 nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen. Dies gilt entsprechend bei ambulanten durchgeführten Operationen (Nummer 1.2 des Anhangs 1 zu Hinweis 7 zu § 5 Abs. 1) bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen in den jeweiligen Behandlungsfall sowie bei einer ärztlich verordneten - ambulanten - Chemo-/Strahlentherapie.

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 insbeson-

dere 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 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)
- 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
- Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Indikationen

- F**
- Frischzellentherapie
- G**
- Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer 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)
 - Immunsenen (Serocytol-Präparate)
 - Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (z. B. Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmanierung, 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. Gegensensibilisierung 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.
 - Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, 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 atrophen 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 Verschluss-erkrankungen 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.
- 3 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

- 1 Nach Satz 1 Nr. 2 sind Aufwendungen für Präparate zur Behandlung von erblich bedingtem Haarausfall bei Männern von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.
- 2 Nach Satz 1 Nr. 2 sind Aufwendungen für Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sowie zur Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

Zu Absatz 5

- 1 Der Beihilfeberechtigte hat bei Anträgen nach Satz 1 das Einkommen und die Höhe der Abzugsbeträge nach Absatz 1 Nr. 2 Satz 1 und Nr. 9 Satz 3 zu belegen. Um den Nachweis für den Beihilfeberechtigten über die Höhe der Abzugsbeträge zu erleichtern, hat die Festsetzungsstelle auf dem Beihilfebescheid oder in der Zusammenstellung der Aufwendungen die innerhalb eines Kalenderjahres sich jeweils ergebende Gesamtsumme der Abzugsbeträge in Kurzform auszuweisen (z. B. Gesamtsumme der Abzugsbeträge bisher 62,00 Euro).
- 2 Bei Anwendung der Belastungsgrenzen von zwei vom Hundert und ein vom Hundert werden jeweils die Ab-

zugsbeträge des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammengerechnet.

- 3 Die Regelbelastungsgrenze von 2 vom Hundert errechnet sich jeweils aus allen Abzugsbeträgen innerhalb eines Kalenderjahres. Eine Befreiung von den Abzugsbeträgen ist erst möglich, wenn innerhalb dieses Kalenderjahres die Belastungsgrenze erreicht worden ist. Die Befreiung erfolgt für den Rest des Kalenderjahres für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Mit Beginn eines neuen Kalenderjahres ist das Erreichen der Belastungsgrenze erneut zu ermitteln, um wiederum befreit zu werden.
- 4 Das Vorliegen einer Dauerbehandlung (z. B. Behandlung wegen Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma) hat der Beihilfeberechtigte durch einen entsprechenden Nachweis zu belegen. Dies kann z. B. durch die Vorlage von Verordnungen oder Liquidationen erfolgen, aus denen der Behandlungszeitraum von mindestens einem Jahr erkennbar sein muss. Sofern eine Dauerbehandlung vorliegt, gilt eine Sonderbelastungsgrenze von 1 vom Hundert mit folgenden Maßgaben: Wenn sich eine Person wegen derselben Krankheit ein Jahr (12 Monate) lang in Dauerbehandlung befunden hat und die Abzugsbeträge des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen in dieser Zeit mindestens 1 vom Hundert des maßgeblichen jährlichen Einkommens erreicht haben, ist diese Person nach Ablauf dieser 12 Monate von allen Abzugsbeträgen für die weitere Zeit der Dauerbehandlung auf Antrag zu befreien. Die Befreiung ist personenbezogen und gilt sowohl für Abzugsbeträge im Zusammenhang mit der Dauerbehandlung als auch für Abzugsbeträge für andere Krankheiten dieser Person.

- 5 Beispiel für die Berechnung der Belastungsgrenze:

Bei einem Einkommen von 30.000 Euro unter Berücksichtigung des Abzugs von 15 vom Hundert für den Ehegatten beträgt das maßgebliche Einkommen 25.500 Euro. Die Belastungsgrenze bei zwei vom Hundert liegt damit bei 510 Euro je Kalenderjahr. Sobald diese Belastung mit Abzugsbeträgen nach Satz 1 im Laufe eines Kalenderjahres erreicht wird, kann der Beihilfeberechtigte einen Antrag auf Befreiung von den Abzugsbeträgen für den Rest des Kalenderjahres stellen.

Zu § 7

Zu Absatz 1

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

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

- 3 Die behördliche Feststellung der Notwendigkeit einer Begleitperson bei Schwerbehinderten ergibt sich aus dem amtlichen Ausweis (Merkzeichen „B“ bzw. „BL“). Bei Kindern genügt stattdessen die Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes, dass wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden

schweren Erkrankung zur stationären Nachsorge eine Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig ist.

- 4 Nach Nummer 6 sind die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts beihilfefähig. Der Schlussbericht soll bestätigen, dass eine Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

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 BtV)

_____ (Dienststelle/Festsetzungsort)

_____ (dat)

Herr/Frau
.....
.....
.....
.....

Ihr Antrag vom Meine Zeichen Telefon Datum

Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Sanatoriumsbehandlung gemäß § 7 der Beihilfevorschriften des Bundes (BtV)

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 Beihilfevorschriften 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 zu § 7 gelten entsprechend.
- 2 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:

Formblatt 6
(Hinweise zu § 8 Abs. 3 Nr. 2 BfV)

 (Dienststelle/Festsitzungsstelle)

 (den)

Herrn/Frau

.....

Ihr Antrag vom
 Datum

Meine Zeichen

Telefon

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer Heilkur gemäß § 8 der Beihilfevorschriften des Bundes (BfV)

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

auf Grund des amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens werden die Kosten einer Heilkur in

_____ für die Dauer von höchstens 23 Kalendertagen einschließlich der Reisetage nach Maßgabe der Beihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannt.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind bis zu einem Betrag von 16,00 Euro (für Begleitpersonen bis zu 13,00 Euro) täglich beihilfefähig, soweit die Aufwendungen über 12,50 Euro täglich (beziehungsweise 10,00 Euro täglich für die Begleitperson) hinausgehen.

Die Anerkennung gilt unter der Voraussetzung, dass die Kur spätestens vor Ablauf von vier Monaten seit der Bekanntgabe dieses Bescheides begonnen wird und die Unterkunft sich im Kurort befindet und ortsgelunden ist.

Rechtsbehelfsbelehrung:

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

Mit freundlichen Grüßen
 Im Auftrag

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 Pflegebedürftige nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Aufwendungen für Pflegeeinsätze sind angemessen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vergütungsvereinbarungen halten. Dabei sind in Pflegestufe I höchstens 20 %, in Pflegestufe II höchstens 40 % und in Pflegestufe III höchstens 60 % 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 vom Hundert des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.
- 7 Wird ein dauernd Pflegebedürftiger vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung gepflegt (Kurzzeitpflege), sind die Pflegeaufwendungen bis 1.432,00 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig.

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 Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI (Pflege-Pflichteinsätze) gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilig Zuschüsse zahlt. Der Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Abs. 3 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 § 69 a 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.⁹⁾

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 zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.

Beispiele:

- 1.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (460,50 Euro von 921,00 Euro) und das Pflegegeld (205,00 Euro von 410,00 Euro) in Anspruch. Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.

⁹⁾ Siehe Rundschreiben vom 30. März 1995 (GMBl S. 347)

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 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (460,50 Euro von 921,00 Euro) und das Pflegegeld (205,00 Euro von 410,00 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 %.

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 1.023,00 Euro monatlich,
- b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279,00 Euro monatlich,
- c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432,00 Euro monatlich,
- d) für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des SGB XI als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1.688,00 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 zugrunde 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 zugrunde 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 selbstständigen oder nichtselbstständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde 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 Festsetzungsstelle maßgebend und dieser vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (z. B. Abschrift des Gutachtens, ggf. 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 außergewöhn-

lich hohen Pflegeaufwandes bei Schwerstpflegebedürftigen. 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 ggf. 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 zehn vom Hundert des nach § 93 Abs. 2 BSHG vereinbarten Heimentgelts, höchstens 256,00 Euro monatlich.

Zu § 10

Zu Absatz 1

1 Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i. d. F. vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 25. Mai 1994, sind veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 160 vom 25. August 1994.

2 Die Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i. d. F. vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 26. Juni 1998, sind veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 159 vom 27. August 1998.

3 Die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i. d. F. vom 26. Juni 1998 sind veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 159 vom 27. August 1998.

4 Die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i. d. F. vom 24. August 1989, zuletzt geändert am 8. Januar 1999, sind veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 61 vom 30. März 1999.

Zu Absatz 3

Auch bei im Rahmen von Vorsorgemaßnahmen beschafften Mitteln sind Abzüge nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 vorzunehmen.

Zu § 11

Zu Absatz 1

- 1 Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterchafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
- 2 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der Hebammengebührenordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der Hebammengebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Für die Beihilfe nach dieser Vorschrift ist der Nachweis durch Belege nicht erforderlich (vgl. § 17 Abs. 3 Satz 1). Diese Beihilfe ist ohne zusätzlichen besonderen Antrag zu den aus Anlass der Geburt geltend gemachten Aufwendungen zu gewähren. Werden solche Aufwendungen nicht geltend gemacht, z. B. bei Inanspruchnahme von Sachleistungen (§ 5 Abs. 4 Nr. 1), bedarf es eines besonderen Antrages.

Die Beihilfe kann auch Beamten gewährt werden, die zur Ableistung des Grundwehrdienstes oder Zivildienstes unter Wegfall der Dienst- oder Anwärterbezüge beurlaubt sind.

Zu § 12

Zu Absatz 1

- 1 Die Beihilfe in Todesfällen von Kindern ist zu gewähren, wenn die Friedhofsgebühren nach dem Tarif für Kinderbestattungen festgesetzt werden; ist dies nicht der Fall, so ist die höhere Beihilfe zu gewähren.
- 2 Bei der Festsetzung der Pauschalbeihilfe bleiben Nachzahlungen von beamtenrechtlichen Sterbegeldern auf Grund einer rückwirkenden Anpassung von Dienst- und Versorgungsbezügen unberücksichtigt.

Zu Absatz 2

Zu den Aufwendungen nach Absatz 2 gehören nicht die Aufwendungen für eine Überführung innerhalb der Gemeinde, weil diese nach Absatz 1 abgegolten sind.

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 550,00 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 Höhenklinik Valbella Davos (Schweiz) der Genossenschaft Sanatorium Valbella,
- c) in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) der Stiftung Deutsche Heilstätte Davos und Agra,
- d) 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, c und d jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Beihilferechtlich gelten die Höhenklinik Valbella Davos und die Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang als Sanatorium, soweit nicht im Einzelfall eine stationäre Krankenhausbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6) vorliegt und nachgewiesen wird; die Klinik für Dermatologie und Allergie als Krankenhaus (§ 6 Abs. 1 Nr. 6).

- 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 Hemodialysepatient 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 zugrunde 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

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, d. h. 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.

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.

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.

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 Sofern eine Beitragsermäßigung nach § 240 Abs. 3a SGB V gewährt wird, ist die Übergangsvorschrift in Artikel 2 Nr. 2 der Änderungsvorschrift vom 19. September 1989 zu beachten. 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 vom Hundert der Aufwendungen ermöglicht. In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 12,00 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 des SGB V Leistungen aus der Teilkostenerstattung nach § 56 der Satzung der Bundesknapp-

schaft erhalten, finden § 14 Abs. 4 Satz 1 und § 5 Abs. 3 keine Anwendung. Insoweit gelten die Bemessungssätze des § 14 Abs. 1.

Zu Absatz 5

Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes des Zuschussempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen; hierbei bleiben Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag unberücksichtigt.

Zu Absatz 6

- 1 Für die Erteilung des notwendigen Einverständnisses 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 zugrunde gelegt:

Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung (vgl. Hinweis 4 zu Absatz 4) muss 15 v. H. 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 vom Hundert. 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 Kran-

kenversicherung 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 hinausgehen (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 Vomhundertsatz 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 § 16

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

Zu § 17

Zu Absatz 1

- 1 Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbwaise 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 6 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.

Formblatt 6 (Hinweise zu § 17 Abs. 1 BHV)

Art (Festsetzungsteile)

Eingangsdatum

Antrag auf Beihilfe

in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen nach den Beihilfenvorschriften des Bundes (BHV)

Name, Vorname, Anschrift	Geburtsdatum	Beihilfen- u. Pers.-Nr. der BvB*
Anschrift (nur bei Änderung oder Erlösung bei dieser Festsetzungsteile)	Teil-/Hausnr.	Dienstl. Haus-/Zimmer-Nr.

Zustellendes bitte ankreuzen, ggf. Spalten deutlich ausfüllen.
 (Bei erstmaliger Antragstellung bei dieser Festsetzungsteile sind durchgängig vollständige Angaben notwendig.)

1 Angaben zur Beschäftigung

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Dienststelle/Pensionsregelungsbehörde	von	Versorgungseinrichtung(en) mit
<input type="checkbox"/> Infortbeschäftigt von - bis zum	mit Wochenstunden (Arbeits)	<input type="checkbox"/> Infortat beschäftigt von - bis zum
<input type="checkbox"/> Elternzeit von - bis zum	<input type="checkbox"/> Beurteilung ohne Dienstbezüge gem. § 72 a, Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 BBG von - bis zum	<input type="checkbox"/> sonstige Beurteilung ohne Dienstbezüge von - bis zum (Rechtsgrundlage)

2 Im Familien-, Orts- bzw. Bundeszuschlag berückschlagungsfähige Kinder

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

1. Kind - Vorname*	geboren am	3. Kind - Vorname*	geboren am
2. Kind - Vorname*	geboren am	4. Kind - Vorname*	geboren am
<input type="checkbox"/> Wegfall eines Kindes aus dem Familien-, Orts- bzw. Bundeszuschlag Vorname ab		<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme eines Kindes in den Familienzuschlag nach einer Unterbrechung (z. B. Wehr- oder Zivildienst) Vorname ab	

* ggf. abgekürzter Familienname

3 Welcher Krankenversicherungsschutz besteht für Sie und Ihre berückschlagungsfähigen Angehörigen?

keine Änderung gegenüber den letzten Angaben folgende Änderung:

Personen	Private Krankenversicherung** ab dem (Datum)	Gesetzliche Krankenversicherung			Heilfürsorge, Krankheits- oder Kostenersatzleistungen** ab dem (Datum)	Keine Krankenversicherung ab dem (Datum)
		pflichtversichert (§ 3 SGB V) ab dem (Datum)	freiwillig versichert (§ 9 SGB V) ab dem (Datum)	familienversichert (§ 10 SGB V) ab dem (Datum)		
Beihilferechtiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehegatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Bei erstmaliger Antragstellung sowie bei jeder Tarifumstellung oder -änderung (nicht: Heilfürsorge) bitte einen Nachweis beifügen.

** Bitte Nachweis oder Bescheid über den Grundanspruch beifügen.

Bei privater Krankenversicherung ist ein Nachweis eines Kopfs des aktuellen Versicherungswahrs notwendig. Zu den gesetzlichen Krankenversicherungen gehören z. B. AOK, BKK, Bismarckianer und kommunale Krankenversicherung. Ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankheits- oder Kostenersatzung kann z. B. nach Beurlaubung oder Soldatendienst, Bundesversorgungsgesetz, Landesversorgungsgesetz, Bundesbeschäftigungsgesetz, Erziehungshilfengesetz oder aufgrund dienst- oder arbeitsvertraglicher Regelungen bestehen. Hier auch etwaige Änderungen des Versicherungsstatus bei Wahlverheiratung oder Arbeitslosigkeit angeben.

4.1 Besteht für Sie oder eines berufsrechtlich befähigten Angehörigen eine sachverhüllte Beihilferechtsprüfung?

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

<input type="checkbox"/> des Erhalts von Versorgungsleistungen (§ 2 Abs 1 S 1)	Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungswahlvertrages im öffentlichen Dienst	Wer
<input type="checkbox"/> eines Beschäftigungswahlvertrages bei ehemaligen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen usw.	Wer
<input type="checkbox"/> eines Abgeordnetenwahlvertrages	Wer
als <input type="checkbox"/> Beamt/Beamtin <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Abgeordneter <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger(in)	
gegenüber wem?	ab wann?

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

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

Welcher Person	ab dem	Höhe des monatlichen Zuschusses
Bei freiwilliger Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nach Vollendung des 65. Lebensjahres		
<input type="checkbox"/> Der Krankenversicherungsbeitrag ist gem. § 340 Abs. 3 Buchstabe a SGB V ermäßigt mit:		

5 Ist ein berufsrechtlich befähigter Angehöriger bei einem anderen Beihilferechtsberechtigten ebenfalls berufsrechtlich befähigt?

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben ja, folgende Änderung: ab (Datum)

Welche Person	bei wem (Änderungen können nur mit Originalbelegen geltend gemacht werden)
---------------	--

6 Werden Aufwendungen für das nicht selbst heißt Beihilferechtsberechtigten Ehegatten geltend gemacht?

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

Name, Vorname des Ehegatten	Geburtsdatum	versicherungsgesetzlich versichert mit
Überschreiten die Einkünfte (des Ehegatten) (§ 2 Abs. 3 EStG) im vorvergangenen Kalenderjahr den Betrag von 18.000,00 Euro? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Falls ja, werden im laufenden Kalenderjahr noch Einkünfte über 18.000,00 Euro erzielt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

* Nachweis wird ggf. angefordert

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

nein ja, aber keine Änderung gegenüber den letzten Angaben (Beleg-Nr. angeben) ja (Unfallversicherung beteiligt), es handelt sich um:

<input type="checkbox"/> einen Dienstunfall	<input type="checkbox"/> einen Arbeitsunfall	<input type="checkbox"/> einen Schulunfall	<input type="checkbox"/> einen sonstigen Unfall	<input type="checkbox"/> ein anderes schädigendes Ereignis (z. B. Berufsunfall)
Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr., 17 – Bitte auch die Belege mit Hinweis „Unfall“ versehen)				
Besteht für die unbefristeten Aufwendungen Anspruch auf Kostenersatz bzw. kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Name, Anschrift des Kostenträgers bzw. Ersatzpflichtigen, Adresszeichen, Versicherungsnummer				

* Zu den Ansprüchen auf Kostenersatz gehören auch Ansprüche z. B. gegen Schlichter, Sportvereine

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

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, der Beherrschende ist <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Elternteil der behandelten Person	Beleg-Nr. (Bitte Nachweis über erlaubende Sachverhalte beifügen)
---	---

9 Wird eine Pauschalbeiträge für häusliche Pflege geltend gemacht?

nein ja

Leistungsanträge mit Pflegegrad der Pflegeversicherung

liegt vor

liegt bei

Name der pflegebedürftigen Person	Name der Pflegeperson	Zeitraum (von – bis zum)
Untersuchung der Pflege		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Zeitraum (von – bis zum)		
Grund:		

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

nein ja, folgend:

Um welche Aufwendungen handelt es sich (Beleg-Nr.)?	Betrag	Nachweis – Versicherungsrechtlich über Ausschluss oev. Bitte beiliegen, sonst nicht verlangt
---	--------	--

11 Angaben zu Beihilfen in Sonderfällen (bitte entsprechenden Nachweis beiliegen)

a) In Geburtsfällen (§ 11 Abs. 2 SGBV):

<input type="checkbox"/> Beihilfe für Säuglings- und Kleinkinderbetreuung wird beantragt	Vorname des Kindes
--	--------------------

b) In Todesfällen (§ 12 SGBV):

<input type="checkbox"/> Beihilfe für Aufwendungen am Anfall des Todes wird beantragt	Name des/der Verstorbenen	gestorben am
<input type="checkbox"/> Ich erkläre, dass mir aus Anlass der Beisetzung Aufwendungen eines Überdickungsbezugs in Höhe von mindestens 800,00 Euro (bei Beisetzung eines Kindes: 495,00 Euro) entstanden sind.		
Anlässlich des Todesfallens stehen Sterbegelder zu		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Betrag		
Zahlende Stellen		

12 Auszahlung der Beihilfe

Auf die beantragte Beihilfe habe ich einen Abtrag erhalten	Betrag	an
Die Auszahlung soll erfolgen	<input type="checkbox"/> bar*	Konto-Nr.
<input type="checkbox"/> auf mein bekanntes Konto	<input type="checkbox"/> auf nachstehendes Konto	BLZ
bei (Geldinstitut mit Ortsangabe)	Name des Kontoinhabers (falls abweichend von dem/der Antragsteller/in)	

* soweit der Festsetzungsbetrag noch möglich.

Erklärung

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben, die Grundlage für die Beihilferechtigung 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 zu übertragene Leistungen für die geltend gemachten Aufwendungen (Kosten) werde ich der Festsetzungsbetrag anzeigen.

Datum	Unterschrift des/der Beihilfberechtigten oder dessen Bevollmächtigten. → Vollmacht	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt bei
-------	--	---

• Zusammenstellung der Aufwendungen bitte auf der Rückseite →

Zu Absatz 2

Die Antragsgrenze von 200,00 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 8
(Hinweise zu § 17 Abs. 7 BrV)

Antrag auf Abschlagszahlung

Sie sind an ersatzlose Beihilfe bei

- stationärer Krankenheitsbehandlung
- Anschlussrehabilitation
- Sanatorienbehandlung

Zusätzlich bitte ankreuzen oder ausfüllen

An Festsetzungsstelle

1 Antragsteller (Zustellberechtigter)

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

2 Ertragslos Passiv

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 Zahlungsdetails

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung. Die Überweisung soll erfolgen:

an mich an das Krankenhaus an die Rehabilitationsabteilung 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/der Bevollmächtigten
------------	--

Formblatt 10
(Hinweise zu § 17 Abs. 7 BfV)

Antrag auf Abschlagszahlung

An Festsetzungsstelle

(für eine zu erwartende Beihilfe bei Dialysebehandlung)

Zustellendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1 Antragsteller (Beihilferechtiger)

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

2 Erwerbslose 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 Zahlungsinhalt

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, sobald er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/der Beihilfberechtigten
------------	---

- 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.

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 ggf. 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 ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

Anhang 1 (zu Hinweis 7 zu § 5 Abs. 1 BtV)

Hinweise zum Gebührenrecht

1 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1 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 Nrn. 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 Sinn 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 Nrn. 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.“

1.2 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.

1.3 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 bzw. 1,8facher Satz). Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

1.4 Minderung der ärztlichen Honorare bei stationärer ärztlicher 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 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert.

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).

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Auslegung des § 6a GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Die Gebührenminderungspflicht nach § 6a Abs. 1 GOÄ gilt nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift für sämtliche vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen. Der Vorschrift liegt im Interesse der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die vorbezeichneten Leistungen im Einzelfall entstehen. Privatärztliche Leistungen, die in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einer sonstigen Einrichtung erbracht werden, in die der Patient zur stationären oder teilstationären ärztlichen Versorgung aufgenommen ist oder in der er vor- oder nachstationär behandelt wird (stationäre Einrichtung), unterliegen daher mit Ausnahme des Zuschlags nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der GOÄ ausnahmslos der Minderungspflicht. Dies gilt - selbst wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien einsetzt - z. B.

- für wahlärztliche, belegärztliche oder sonstige privatärztliche Leistungen (z. B. in privaten Krankenanstalten) sowie
- für konsiliarärztliche Leistungen in der stationären Einrichtung.

Als außerhalb der stationären Einrichtung erbracht können in diesem Zusammenhang demnach nur Leistungen angesehen werden, die an einem Ort erbracht werden, der zu der stationären Einrichtung, in die der Patient aufgenommen ist oder in der er vor- oder nachstationär behandelt wird, keinen Zusammenhang aufweist (z. B. Praxisräume eines niedergelassenen Arztes). Die Trennung muss für den Patienten deutlich erkennbar sein. Bei Leistungen, die in Räumen eines Krankenhauses durchgeführt werden, ist dies in der Regel nicht der Fall.

Im Übrigen ist davon auszugehen, dass Ausnahmen von der Minderungspflicht nur für solche privatärztliche Leistungen in Betracht kommen können, die im Einzelfall in der stationären Einrichtung nicht erbracht werden können und deshalb an Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb der stationären Einrichtung vergeben werden müssen. In solchen Ausnahmefällen muss der Patient nach § 4 Abs. 5 GOÄ und ggf. in einer Vereinbarung gemäß BPfIV darauf hingewiesen werden, dass ihm solche Leistungen gesondert berechnet werden. Andernfalls muss der Patient davon ausgehen können, dass alle an der stationären, teilstationären sowie vor- oder nachstationären ärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte der Minderungspflicht unterliegen.

Die vorstehenden Ausführungen gelten für die Gebührenminderungspflicht bei privat Zahnärztlichen Leistungen nach § 7 GOZ entsprechend.“

1.5 Analoge Bewertungen

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 nachstehende, von der Bundesärztekammer zu einzelnen Leistungen herausgegebene Verzeichnis analoger Bewertungen (Stand: 11.09.1998) ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Verzeichnis der Analogbewertungen

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer 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 Allgemein-anästhesie 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 Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotentiale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotential-EKG)	652	445	25,94
A 704	Analtometrie	1791	148	8,63
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26
A 796	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder 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
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschalllicht	1158	739	43,07

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
A 1716	Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z. B. nach Sachse)	1802	739	43,07
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters, einschl. 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

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).

2 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 2.2 aufgeführt. Erläuternd ist dabei anzumerken:

- a) Wenn unter einer GebüH-Nr. verschiedene Leistungen aufgeführt sind, die in der GOÄ mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, ist der beihilfefähige Betrag in der Reihenfolge der Leistungsaufzählung 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.

2.1 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 - 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. Wenn beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen wurde, 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 Heil-

erfolg abhängig, es besteht jedoch für den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltpflicht.

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 festgestellten 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-Ziffer
- 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 (ggf. 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.

Aufgrund 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 Ziffer ist möglich.

Sofern keine analoge Leistungsziffer gegeben ist, kann die Leistung ohne GebüH-Ziffer 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
Bindegewebsmassage	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	
Nervenzpunktmassage	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 Leistungsübersicht des GebÜH und beihilfefähige Höchstbeträge gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 BfV

GebÜH			BfV	
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 Krankenschemas mit Reperiorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie	15,40 bis 41,00	15,40	
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung 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, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 4 wird nur als alleinige Leistung von der privaten Krankerversicherung oder der Beihilfe erstattet.</i>	16,40 bis 22,00	16,40	
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 5 wird nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung von der privaten Krankerversicherung oder der Beihilfe erstattet.</i>	8,20 bis 20,80	8,20	
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzzeit	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	19,80	
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Ziff. 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die</i>	15,40 bis 27,00	15,40	

GebÜH			BHV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
	<p><i>Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit abtätig und der Patient nicht schon vor Ablauf desselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Hauspraktiker gewöhnlich an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i></p>			
9	Hausbesuch einschließlich Beratung			
9.1	bei Tag	21,50 bis 29,50	21,50	
9.2	in dringenden Fällen (Elbesuch, 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	
10	Nebengebühren für Hausbesuche			siehe § 8 und § 9 GOÄ
	<p>Wenn der Hauspraktiker 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 Kilometer von der Praxis entfernt, dann beträgt das Wegesgeld:</p>			
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag	bis 5,50		
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht	bis 10,50		
	<p>Das Wegesgeld wird ersetzt bei einer Entfernung von 2 bis 25 Kilometern:</p>			
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 Zeitzersumme.			

GebOH			BHV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihil- fähiger Beitrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
	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 <i>Anmerkung: Die Wegkilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrweg berechnet.</i>	bis 0,25		
	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 8 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	3,80 bis 15,50	3,80	Bescheinigung
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A 4 einzellig maschinengeschrieben)	10,30 bis 20,50	10,30	
11.3	Individual angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechsellstörungen <i>Anmerkung: Die Vervollständigung vorgefertigter Diätpläne ist nicht berechnungsfähig.</i>	10,50 bis 20,00	9,40	

GebOH			BfV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen			
12.1	Hemuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzstrahlers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: 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	Hemuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker usw.)	bis 4,60	4,60	
12.4	Hemuntersuchung, nur sediment	bis 4,60	4,60	
12.5	Carzinochrom-Reaktion (CCR)	bis 17,90	17,90	soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 5 Abs. 2 BfV ausgeschlossen
12.7	Blutstatus (nicht neben Ziff. 12.8, 12.10, 12.11)	bis 18,00	16,80	
12.8	Blutzuckerbestimmung	bis 8,00	2,70	
12.9	Hämoglobinbestimmung	bis 6,60	4,10	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	bis 7,70	7,70	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	bis 6,60	A 4,10 B 1,40	GOÄ-Ziffer 3850 GOÄ-Ziffer 3551
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	bis 6,00	4,10	
12.13 ^a	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung	bis 8,60	6,70	

GebOH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
12.14 ⁴	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang (z. B. Enzymdiagnostik, Nierenchemie, Blutserumchemie, Stuhlichemie, Elektrolyse, Elektrophorese, Fermentchemie, pro Einzeluntersuchung)	bis 10,00	8,10	gilt abschließend auch für sonstige Laborleistungen; eine analoge Heranziehung des Abschnitts M der GOÄ ist nicht zulässig
12.15 ⁴	Kristallographie, Photometrie, pro Einzeluntersuchung	bis 10,50	6,40	Kristallographie nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
	<i>⁴Anmerkung: Die Art der Untersuchung bei Ziff. 12.13, 12.14 oder 12.15 ist anzugeben.</i>			
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.	10,50 bis 31,00	8,10	
	<i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>			
14	Spezielle Untersuchungen			
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augen Vordergrundes	5,20 bis 10,50	5,20	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes	5,20 bis 10,50	5,20	
	<i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>			
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,20 bis 8,00	5,20	nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 erstattungsfähig
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	10,30 bis 28,00	10,30	
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	10,50 bis 20,50	8,00	

Gebühr			BHV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu – Euro	Bemerkungen
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	26,00 bis 51,50	26,00	
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nahbische Ableitungen, Brustwandableitungen	20,50 bis 31,00	A 16,00 B 20,50	GOÄ-Ziffer 650; bis zu 6 Ableitungen GOÄ-Ziffer 651; ab 9 Ableitungen
14.8	Oszillogramm-Methoden	5,20 bis 25,50	5,20	
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung zu Ziffer 14.9: Nicht neben Ziffer 1 oder 4 berechenbar.</i>	10,50 bis 25,50	9,50	
14.10	Ultraschall-Geßßdoppler-Untersuchung zur peripheren Vasendruck- und/oder Strömungsmessung	bis 11,30	11,30	
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 schwarzweiß (pro Augenpaar)	5,50 bis 16,50		
15.2	Vergößerungen sowie Farbaufnahmen werden zum handelsüblichen Preis berechnet <i>Anmerkung: 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

GebÜH			BfV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu – Euro	Bemerkungen
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 Ziffer 1 und 4 berechenbar
16.3	Bioelektrische Funktionsdiagnostik	15,50 bis 41,00		nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BfV
16.4	Haarwiderstandsmessungen <i>Anmerkung: 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 Ziffer 1 und 4 berechenbar
17	Neurologische Untersuchungen			
17.1	Neurologische Untersuchung <i>Anmerkung: 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 Ziffer 1 und 4 berechenbar
18 - 23	Spezielle Behandlungen			
18	Heilmagnetische Behandlungen			nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BfV
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	5,00 bis 26,00		
19	Psychotherapie			nicht beihilfefähig gemäß Anlage 1. zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BfV
19.1	Psychotherapie von halbstündiger Dauer	15,50 bis 26,00		

GebÜH			BHV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu – Euro	Bemerkungen
19.2	Psychotherapie von 50 - 60 Minuten Dauer	28,00 bis 48,00		
19.3	Ausstellung eines psychodiagnostischen Befundes	15,50 bis 38,50		
19.4	Psychotherapeutisches Gutachten je zweizelliger Schreibmaschinenseite	bis 15,50		
19.5	Psychologische Exploration mit eingehender Beratung	13,50 bis 48,00		
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 Sprechangel-Neurosen (Stöbern), Honorare für spezielle ausgedehnte Sprechlehre-Kurse, Kurse der Entwöhnungsbehandlung usw. sind besonders zu vereinbaren</i>	10,50 bis 31,00		
19.8	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	15,50 bis 28,00		
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 Cornélius, Aurelius u. a. Spezialnervenmassage	8,00 bis 15,50	6,90	
20.3	Bindegewebsmassage	8,00 bis 20,50	6,90	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	5,50 bis 10,50	4,80	
20.5	Großmassage	10,50 bis 18,00	6,90	
20.6	Sondermassagen (Unterwasserdruckstrahlmassage, Lymphdrainage, Schräglagebettbehandlung u. a.)	10,50 bis 20,50	A 8,90 B 8,90 C 6,90	GOÄ-Ziffer 527 GOÄ-Ziffer 523 GOÄ-Ziffer 516
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medico-mechanischen Apparaten	10,50 bis 28,00	7,40	

GebGH			BHV	
Nr.	Leistungsbeschreibung	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
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 28,00	10,30	
21.2	Moxibustionen, Elektroakupunktur, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	5,20 bis 15,50	5,20	soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BHV ausgeschlossen
22	Inhalationen			
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaturen in der Sprechstunde ausgeführt werden	5,50 bis 13,00	4,00	soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BHV ausgeschlossen
23	Aerosole			
23.1	Anwendung von Aerosolen mit Kompressor, Pressluft- bzw. Sauerstoffapparat	5,20 bis 15,50	5,20	soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BHV ausgeschlossen
24 - 30	Blutentnahmen - Injektionen - Infusionen - Hautabblutungsverfahren			Soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BHV ausgeschlossen
24	Eigenblut			
24.1	Eigenblutinjektion	10,30 bis 13,00	10,30	
24.2	Eigenheminjektion	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 28,00	7,70	

GebM			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 gegebenenfalls ein- gebrauchten Medikamente werden nur die nachweisbaren Eigenkosten, unter Angabe von Art und Menge der verbrauchten Prä- parate, von dem Leistungsträger erbracht.</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 Hin- weis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
25.10	Gasgemischinjektionen, intraarteriell	13,00 bis 28,00	10,80	
25.11	HOT-Behandlung (Hämatoxene Oxida- sionstherapie)	28,00 bis 51,50	nicht bei- hilffähig	vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
26	Blutentnahmen			
26.1	Blutentnahme	bis 3,80	3,80	
26.2	Aderlass	bis 12,80	12,80	
27	Hautabhebungsverfahren, Hautrelaxverfahren			
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. Glist- mittel	5,20 bis 10,60	5,20	
27.6	Anwendung großer Saugapparats für gan- ze Extremitäten	10,50 bis 28,00	5,90	
27.7	Setzen von Fontanellen	5,20 bis 15,60	5,20	
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,20 bis 10,50	5,20	
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Ziffer 27.8)	5,20 bis 10,50	5,20	

Gebühren			BHV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
27.10	Anwendung von Pustelkanten	5,20 bis 10,50	5,20	
27.11	Baunscheidleren	10,30 bis 20,50	10,30	
27.12	Bierische Säuerung	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	
29	Roadersches Verfahren			
29.1	Roadersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	8,00 bis 15,50	5,90	
30	Sonstiges			
30.1	Spülung des Ohres	8,00 bis 15,50	8,10	
30.2	Anwendung der Beutelbegasung für ganze Extremitäten mit Ozon oder Sauerstoff	10,30 bis 35,00	10,30	soweit nicht nach Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BHV ausgeschlossen
31	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes			
31	Abzesse u. a.			
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	5,20 bis 13,00	5,20	
31.2	Entfernung von Akropusteln 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	Verbands, jedesmal	5,20 bis 15,50	5,20	
33.2	einfache Stütz- und Pflasterverbände	5,20 bis 15,50	5,20	

GebOH			BHV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
33.9	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 Leis- tungsträger eine Begründung verlangen.</i>	15,40 bis 19,00	15,40	
35	Osteopathische Behandlung			
35.1	des Unterarms	7,70 bis 15,50	7,70	
35.2	des Schultergelenkes	15,40 bis 25,00	15,40	
35.3	der Handgelenke, des Oberarmgelenkes, des Unterschenkelgelenkes, des Vorderarmes und der Fußgelenke	15,40 bis 25,00	15,40	
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 hydro- therapeutische Anwendungen			
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	5,20 bis 15,50	5,20	
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	5,50 bis 8,00	4,90	
36.3	Spezialerdbad (subsequentes Erdbad)	7,70 bis 23,00	7,70	
36.4	Kneippische Güsse	5,50 bis 8,00	4,90	

GebG			BHV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
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 (Stingerbad)	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	Fengopackungen	8,00 bis 15,50	3,70	
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	8,00 bis 15,50	3,70	
38.3	Paraffinpackungen	10,50 bis 23,00	3,70	
38.4	Kneippische Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder und Packungen evtl. unter Verwendung verschiedener Apparate werden nach vergleichbaren Positionen berechnet.</i>	10,50 bis 31,00	3,70	
39	Elektro-physikalische Heilmethoden			beihilfefähig (außer Ziff. 39.10), wenn die Leistungen in der Praxis 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 Heißsonnen (Infrarot)	5,50 bis 8,00	4,20	
39.7	Verdampfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	5,20 bis 10,50	5,20	

GebfH			BHV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
39.9	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	5,50 bis 15,50	3,90	
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	8,00 bis 18,00	3,90	
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	10,50 bis 20,50	nicht beihilfefähig	vgl. Hinweis 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 Rotstromtherapie, 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 erläßt für: (Ortsname, sofern nicht B, G, K ¹⁾)	Artbezeichnung
A				
Aachen	52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52082	Aachen	Monhelmsallee	Heilbad
Abbech	89077	Bad Abbech	Bad Abbech, Abbech-Schloß- berg, Au, Kalkofen, Weiche	Heilbad
Ahlbeck	17418	Ahlbeck	G	Seehelbad
Aibling	89043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thür- ham, Zell	Heilbad
Alexanderbad	65880	Bad Alexanderbad	G	Heilbad
Altenau	38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Andernach	55828	Andernach	Bad Törlstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88328	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Balerebronn	72270	Balerebronn	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Balge	31808	Balge	B / Blankhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseehelbad
Banau	17429	Banau	G	Seehelbad
Bayerroden	82435	Bad Bayerroden	Bad Bayerroden	Heilbad
Bayreuthzell	83735	Bayreuthzell	G	Heilklimatischer Kurort
Baderkass	27824	Baderkass	G	Moorheilbad
Bellingen	79418	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Berthelm	48455	Bad Berthelm	Bad Berthelm	Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Berggleshöbel	01819	Berggleshöbel	G	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsalle, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Bergzabern	78887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berka	99436	Bad Berka	Bad Berka	Heilbad
Berneck	95480	Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge, Frankenhammer, Kutschennangen, Röcklesberg, Warmealthen	Kneippheilbad
Bertrich	56994	Bad Bertrich	Bad-Bertrich	Heilbad
Beuren	72690	Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bevensen	28549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneippkurort
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Binz	18598	Binz	G	Ostseehailbad
Bimbach	64364	Bimbach	Bimbach, Aunham	Heilbad
Bleichhofgrün	95493	Bleichhofgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bleichhofwiesen	93483	Bleichhofwiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38668	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	69440	Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Aleichbach, Blieskastel, Leutzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97706	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodentisch	29399	Bodentisch	G	Kneippkurort
Boll	73097	Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Boltenhagen	23944	Ostseebad Boltenhagen	G	Seehailbad
Boppard	56154	Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippheilbad Heilbad
Borkum	26787	Borkum	G	Nordseehailbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	Heilbad
Bramstedt	24578	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
Braunlage	38700	Braunlage	G mit Hohegäß	Heilklimatischer Kurort
Bretzig	53496	Bad Bretzig	Bad Bretzig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippkurort
Brückensau	97789	Bad Brückensau	G - sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zellrofe	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsname, sofern nicht B., G., K?)	Artbezeichnung
Buchau	68422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-)Heilbad
Buckow	15377	Buckow	G - ausgenommen der Ortsteil Hasenholz	Kneippkurort
Bünde	32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Bäumen	25761	Bäumen	Bäumen	Seeheilbad
Burgbrohl	56656	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehrmern	23766	Burg/Fehrmern	Burg	Seeheilbad
C				
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Clausthal-Zellerfeld	38878	Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
Colberg-Heideburg	68663	Bad Colberg-Heideburg	Bad Colberg	Heilbad
Cuxhaven	27476	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
D				
Dehme	23747	Dehme	Dehme	Seeheilbad
Damp	24361	Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	54650	Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hildesheim	Kneippkurort
Diez	66882	Diez	Diez	Falkenkurort
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209	Bad Doberan	Bad Doberan Hallgandamm	(Moor-)Heilbad Seeheilbad
Driburg	33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	Moorbad
Dürkheim	67066	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürheim	76073	Bad Dürheim	Bad Dürheim	(Sole-)Heilbad und Heilklimatischer Kurort
E				
Eischofeld	58581	Eischofeld	G	Heilklimatischer Kurort
Elben	31707	Bad Elben	G	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsname, sofern nicht B, G, K¹⁾)	Artbezeichnung
Elrich	00755	Elrich	Sülzhayn	Heilklimatischer Kurort
Elster	08545	Bad Elster	G	Heilbad
Ems	50130	Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Ermsal	84308	Bad Ermsal	Sand	Heilbad
Endbach	35080	Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83083	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbergling, Hofham, Kurf, Rachenal, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Weaternkosten	Heilbad
Esens	25422	Esens	Bonsersiel	Nordseehailbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Heilbad
Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
F				
Fallingbommel	29683	Fallingbommel	Fallingbommel	Kneippheilbad
Fallnbach	83078	Bad Fallnbach	G - ausgenommen die Gemein- dteile der ehemaligen Ge- meinde Dallendorf	Heilbad
Fischen	87638	Fischen/Alglau	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06667	Bad Frankenhausen	K	Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich An den Heilquellen	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Friedenstadt	72250	Friedenstadt	Friedenstadt	Kneippkurort und Heil- klimatischer Kurort
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsliste, sofern nicht B, G, K ³)	Artbezeichnung
Försing	04072	Bad Försing	Bad Försing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandeschechen, Dürödd, Eggling s. Inn, Eißödd, Filkenödd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitternauthen, Obernauthen, Plohl, Pimsödd, Pokzaur, Riedenburg, Saffersleben, Schieferödd, Schöchlödd, Steinreuth, Thesau, Thalham, Thierham, Unternauthen, Voglödd, Weidach, Wias, Würding, Ziegödd, Zwickern	Halbad
B				
Gaggenau	78571	Gaggenau	Bad Rolandse	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
Garniech- Partenkirchen	82467	Garniech- Partenkirchen	G - ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wernberg	Heilklimatischer Kurort
Gelling	24385	Gelling	G	Kneippkurort
Gersfeld	38129	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippheilbad
Gledenbach	38075	Gledenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Seehalbad
Goelar	38644	Goelar	Hahnriedes, Bockwiese	Heilklimatischer Kurort
Gottseuba	01816	Bad Gottseuba	G	(Moor-)Halbad
Grasl-Müritz	18181	Grasl-Müritz	G	Seehalbad
Grassellenbach	64889	Grassellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94088	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal Waghof	Halbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Seehalbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsliste, sofern nicht B, G, K?)	Artbezeichnung
Grönenbech	87728	Grönenbech	Grönenbech, Au, Brandholz, in der Tarnast, Egg, Grünschwanden, Graß, Harbriet, Hieb, Kievers, Kornhofen, Kreuzbühl, Mennberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Raschberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldegg b. Grönenbech, Ziegeberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Seehellbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilbad
H				
Heffkrug-Scharbeutz	23683	Heffkrug-Scharbeutz	Heffkrug	Seehellbad
Halgerloch	72401	Halgerloch	Bad Imneu	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Harzburg	39657	Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Heilbrunn	83570	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Hinterstallau, Hub, Kensee, Langau, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramesau, Schönau, Unterenzenau, Untersteinbach, Vogherd	Heilbad
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seehellbad
Heiligenstadt	37309	Heilbad Heiligenstadt	K	Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Seehellbad
Herbetain	36358	Herbetain	B	Heilquellen-Kurbetrieb
Heringedorf	17442	Heringedorf	G	Ortseehellbad und (Sole-)Heilbad
Herrnalb	76332	Bad Herrnalb	Bad Herrnalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	38251	Bad Hersfeld	K	(Mineral-)Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsliste, sofern nicht B, G, K?)	Art der Leistung
Hille	32479	Hille	Rothensuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Hindelang	87341	Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gellenberg, Groß, Hintenstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79658	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Höhenschwand	79662	Höhenschwand	Höhenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	83367	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höster	37871	Höster	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Seehelbad
Holzminde	37803	Holzminde	Neuhaus	Heilklimatischer Kurort
Homburg	61348	Bad Homburg v.d. Höhe	K	Heilbad
Horn	32805	Horn - Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I, J				
Iburg	49188	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Iery	88318	Iery	Iery, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
Julst	28571	Julst	G	Nordseehelbad
K				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippheilbad und Thermal-Sole-Heilbad
Kellenhusen	23748	Kellenhusen	Kellenhusen	Seehelbad
Kiesingen	97888	Bad Kiesingen	G	Heilbad
Klosterlausitz	07639	Bad Klosterlausitz	K	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78128	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenker	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97831	Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne d. eingegliederten Gebiete d. ehemaligen Gemeinden Aub und Markershausen	Heilbad
Königsstein	81482	Königsstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsstelle, sofern nicht B, G, K?)	Artbezeichnung
Kösen	08628	Bad Kösen	G	Heilbad
Köbnitz	07888	Bad Köbnitz	K	Heilbad
Kötzing	83438	Kötzing	Stadtteil Kötzing	Kneippkurort
Kohlgrub	83433	Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	83708	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	65543	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	76189	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86361	Krumbach (Schwarzen)	B / Sanatorium Krumbad	Paloidkurbetrieb
Kyllburg	54255	Kyllburg	Kyllburg	Kneippkurort
L				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49195	Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	56112	Lahnstein	B / Kurtherme Rhein-Lahn der Viktoria Thermalbad Lahnstein GmbH	Heilquellen-Kurbetrieb
Langensalza	66947	Bad Langensalza	K	Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	Bad Lausick	Ort mit Mineralquellen-Kurbetrieb
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzdorh	79858	Lenzdorh	Lenzdorh, Saig	Heilklimatischer Kurort
Lieberstein	36448	Bad Lieberstein	K	Heilbad
Lieberwerda	04924	Bad Lieberwerda	Für den Stadtteil, der sich am 3.10.1990 innerhalb der Stadtgrenzen von Bad Lieberwerda befunden hat.	Heilbad
Lieberzell	75376	Bad Lieberzell	Bad Lieberzell	Heilbad
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippeprings	33175	Bad Lippeprings	Bad Lippeprings	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	58558	Lippstadt	Bad Waldliessborn	Heilbad
Lobenstein	07368	Moorbad Lobenstein	K	Heilbad
Ludwigsburg	71639	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsbezeichnung, sofern nicht B, G, K?)	Artbezeichnung
Lüneburg	21335	Lüneburg	Kurpark mit Kurzentrum	Sole-Moor-Heilbad
M				
Malente	23714	Malente	Malente-Grammshagen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	64531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marlenberg	59470	Bad Marlenberg	Bad Marlenberg (nur Stadtteile Bad Marlenberg, Zinnheim u. d. Gebietsteil d. Gemarkung Lan- genbach, begrenzt durch d. Ge- markungsgrenze Hardt, Zinn- heim, Marlenberg sowie d. Bahntrasse Eberbach-Bad Ma- rlenberg)	Kneippheilbad
Marktschellenberg	83487	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masewitz	98000	Masewitz	Masewitz	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97990	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Möln	28879	Möln	Möln	Kneippkurort
Mörsingen	72118	Mörsingen	Bad Sebastiansweller	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Münder	31648	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Münster/Stein	55583	Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklima- tischer Kurort
Münsterroffell	53902	Bad Münsterroffell	Bad Münsterroffell	Kneippheilbad
Murnau	82418	Murnau a. Staffelsee	B / Ludwigbad Murnau	Moorkurbetrieb
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Moorbad
Neuheim	61291	Bad Neuheim	K	Heilbad
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Neerndorf	31542	Bad Neerndorf	Bad Neerndorf	Heilbad
Neualbenreuth	95688	Neualbenreuth	B / Badhaus Mätersreuth Sybillaebad	Ort mit Heilquellen- kurbetrieb
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr- Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsname, sofern nicht B, G, K ¹⁾)	Artbezeichnung
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	69333	Neustadt a.d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/S	67616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale, Seeburg	Heilbad
Nida	63667	Nida	Bad Batzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946	Norddorf/Amrum	Norddorf	Seehellbad
Nordemey	26648	Nordemey	G	Nordseehellbad
Nordstrand	26845	Nordstrand	G	Seehellbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O				
Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G - ausgenommen die Gemeindefraktionen Aach I, Allgäu, Hünse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägelehalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anstewald, Birgau, Dietersberg, Ebers, Einödenbach, Falsenoy, Gerstuben, Gottfried, Gruben, Gündelbach, Jauchen, Kornau, Rauba, Rängang, Schwarz, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Oleberg	59938	Oleberg	Oleberg	Kneippkurort
Orb	63618	Bad Orb	G	Heilbad
Ottobern	67724	Ottobern	Ottobern, Eiern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	67468	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Seehellbad
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

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsfalle, sofern nicht B, G, K ^{*)})	Artbezeichnung
Prien	83209	Prien u. Chiemsee	G - ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vochendorf der ehemaligen Gemeinde Hilbertskirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pymont	31812	Bad Pymont	K	Heilbad
R				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau bei Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappertau	74806	Bad Rappertau	Bad Rappertau	(Sole-)Heilbad
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerbach Gmein und Kibling	Heilbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhegen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96478	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rotherfelds	48214	Bad Rotherfelds	G	Heilbad
Rotzbach-Egern	83700	Rotzbach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
Rotenburg	72108	Rotenburg a.N.	Bad Niederau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
S				
Saerow-Pieskow	16526	Bad Saerow-Pieskow	G	Heilbad
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdorf	81182	Bad Salzdorf	Bad Salzdorf, Dorf	Heilbad
Salzgitter	38258	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	G	Mineralheilbad und Moorbad
Salzuflen	32108	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad
Satzungen	38433	Bad Satzungen	K	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsname, sofern nicht B, G, K ?)	Arbeitsbezeichnung
Sasbachwälden	77667	Sasbachwälden	G	Kneippkurort
Sassendorf	60506	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulegau	88348	Saulegau	Saulegau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Kimitzschetal, Ostreu	Kneippkurort
Scharbeutz	23663	Scharbeutz	Scharbeutz	Seehelbad
Scheldegg	88175	Scheldegg	G	Kneippkurort und Heil- klimatischer Kurort
Schieder	32816	Schieder- Schwabenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangerbad	66388	Schlangerbad	K	Heilbad
Schleiden	53997	Schleiden	GemÜnd	Kneippkurort
Schiernia	08301	Schiernia	Ortsall Schiernia	Ort mit Heilquellenkur- betrieb
Schluchsee	79889	Schluchsee	Schluchsee, FaulenFurst, Flech- bach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	Fredeburg	Kneippkurort
Schmiedeberg	08906	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schönberg	72355	Schönberg	Schönberg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	68471	Schönau a. Königs- see	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217	Schönberg	Helm	Heilbad und Kneipp- kurort
Schönborn	76668	Bad Schönborn	a) Bad Mingoishelm b) Langenbröcken	Heilbad Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Schönebeck- Salzminen	39524	Schönebeck- Salzminen	G	Heilbad
Schönwald	78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-)Heilbad
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwengau	87646	Schwengau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwertau	23611	Bad Schwertau	Bad Schwertau	Heilbad
Segatzberg	28795	Bad Segatzberg	G	Heilbad
Siegedorf	83313	Siegedorf	B / Kurheim Bad Adelholzau	Heilquellen-Kurbetrieb
Sinzig	53488	Sinzig	Bad Bodendorf	Heilkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsname, sofern nicht B, G, K?)	Artbezeichnung
Sobornhelm	55566	Bad Sobornhelm	Bad Sobornhelm	Falka-Heilbad
Soden am Teunus	65812	Bad Soden am Teunus	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
Spiekerooog	26474	Spiekerooog	G	Nordseeheilbad
St. Andreasberg	37444	St. Andreasberg	G	Heilklimatischer Kurort
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25928	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad und Mineralheilbad
Staffelstein	96231	Staffelstein	B / Thermal-Solebad Staffelstein (Obermain-Thema)	Heilquellen-Kurbetrieb
Staben	96139	Bad Staben	G	Heilbad
Stützerbach	98714	Stützerbach	K	Kneippkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Suderode	06807	Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	(Moor- und Sole-)Heilbad
Sulze	99518	Bad Sulze	K	Heilbad
T				
Tegernsee	83294	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zwieselstein	75395	Bad Teinach-Zwieselstein	Bad Teinach	Heilbad
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	K	Heilbad
Thymau	94138	Thymau	B / Sanatorium Kalberg	Mineralquellen-Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23688	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
Todmoos	79882	Todmoos	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsalle, sofern nicht B, G, K ¹)	Artbezeichnung
Töls	83646	Bad Töls	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Töls b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfaachbach	Heilbad und Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Seehellbad
Treuchtlingen	81757	Treuchtlingen	B/Ahmühltherme/Lambertusbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Triberg	76098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U				
Überlingen	73337	Bad Überlingen	Bad Überlingen	Heilbad
Überlingen	89682	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
V				
Vallendar	66179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Varel	26316	Varel	B - Dargatz	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Vilbel	81118	Bad Vilbel	K	Heilbad
Villingen-Schwenningen	78050	Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Voitho	32802	Voitho	Seebruch, Senkenteich, Veldorf-Weet	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
W				
Waldbrunn	76337	Waldbrunn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434	Wangerland	Horumerde, Schilling	Nordseeheilbad
Wangerrooge	26466	Wangerrooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414	Warburg	Garnets	Kurmittelgebiet (Heilquelle)
Welschdöhlen	66709	Welschdöhlen	Welschdöhlen	Heilklimatischer Kurort
Werningstede	26998	Werningstede/Sylt	Werningstede	Seehellbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsbezeichnung, sofern nicht B, G, K)	Arbeitsbezeichnung
Westerland	25080	Westerland	Westerland	Seehellbad
Wieda	37447	Wieda	Wieda	Heilklimatischer Kurort
Wiesa	06488	Wiesa	Ortsbezeichnung Thermalbad, Wiesenbühl, Himmelmühle	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Wiesbaden	65180	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildemann	38709	Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	34537	Bad Wildungen	K	Heilbad
Willingen	34508	Willingen (Upland)	a) K b) Useain	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort und Heilbad Heilklimatischer Kurort
Witzneck	19339	Bad Witzneck	K	Moorheilbad
Wimpfen	74209	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbech, Fleckinger Mühle, Höhenhöhle	(Sole-)Heilbad
Windshelm	91438	Bad Windshelm	Bad Windshelm, Kleinwindshelmarmühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	58955	Winterberg	Winterberg, Altsenbergringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittlitz/Amrum	25946	Wittlitz/Amrum	Wittlitz	Seehellbad
Witzenhausen	37217	Witzenhausen	Ziegenhagen	Kneippkurort
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Herterthal, Oberes Hart, Obergammennried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88398	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wolkenstein	09429	Wolkensstein	Ortsbezeichnung Warmbad	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Wünnewitz	33181	Wünnewitz	Wünnewitz	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-)Heilbad
Wyk a.F.	25938	Wyk a.F.	Wyk	Seehellbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K?)	Artbezeichnung
Z				
Zwesten	34598	Zwesten	K	Heilbad und Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	28160	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	
Abtisch-Schollberg	Abtisch
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Stegdorf
Alchmühle	Füßing
Alnsee	Füßing
Alschbach	Blaßkeitel
Altstarberg	Winterberg
Aratzwald	Oberndorf
Au den Heilquellen	Freiburg
Agaring	Füßing
Au	Abbach
Au	Grünenbäch
Aunham	Birnbeck
B	
Belg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayersbach Gmein	Reichenhain
Bensersied	Esens
Berg	Stützgart
Birgsee	Oberndorf
Bierhörn	Belge
Bockswiese	Goßlar
Bodendorf	Sirzig

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Brandholz	Grünenbach
Brandtschachen	Füßing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höder
Bruck	Hindelang
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbrunn
C	
Cannstedt	Stutiger
D	
Dangest	Varel
Detfurth	Selzdorf
Dietersberg	Oberndorf
Dümbd	Füßing
E	
Ebene	Oberndorf
Eckerts	Brückensau
Eckenhegen	Reichhof
Egg	Grünenbach
Eggfing a. Inn	Füßing
Einölsbach	Oberndorf
Eisenbarling	Endorf
Etsöd	Füßing
Eidem	Eltschauren
Ekeringhausen	Winterberg
Erbach	Wimplen
F	
Falstenoy	Oberndorf
Faulenbach	Füssen
FaulenOrt	Schluchsee
Fachbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimplen
Fleckenöd	Füßing
Frankenhäuser	Barnack
Fredeburg	Schmollenberg
G	
Gallenberg	Hindelang
Gemünd	Schleiden
Germets	Warburg
Geratzuben	Oberndorf
Glashütte	Schieder
Gmeinachwenden	Grünenbach

Hellort ohne Zusatz „Bed“	aufgeführt bei
Gögging	Füßing
Gögging	Neustadt a.d. Donau
Gottenried	Oberndorf
Groß	Grünenbach
Gromsmühlen	Melenta
Granler	Königsfeld
Griesbach	Petersal-Griesbach
Groß	Hindelang
Gruben	Oberndorf
Gundelbach	Oberndorf
H	
Haffkrug	Scharbeutz
Hahneridee	Goslar
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Hausberge	Forst Westfalen
Heiligendamm	Doberan
Herbried	Grünenbach
Hermannsbom	Driburg
Hiddeben	Darfnold
Hinterstallau	Hellbrunn
Hinterstein	Hindelang
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Eindorf
Hohegelß	Braunlage
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhaus	Füßing
Holzhaus	Füßing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am See	Füßen
Hopfenberg	Petershagen
Horumerslei	Wangerland
Hub	Füßing
Hub	Hellbrunn
Hueb	Grünenbach
I	
Imneu	Halgerloch
In der Tarnst	Grünenbach
Irching	Füßing
J	
Jauchen	Oberndorf

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Jordanbad	Biberach
K	
Kalkofen	Abtisch
Kailberg	Thymau
Kibling	Reichenfall
Klenssee	Heilbrunn
Klitzschetal	Schandau
Kleinwindenhelmarmühle	Windahelm
Klovers	Grönenbach
Kornofen	Grönenbach
Kornau	Oberndorf
Kreuzbühl	Grönenbach
Krummsee	Malente
Kurf	Endorf
Kutschentrangin	Berneck
L	
Langu	Heilbrunn
Lengenbach	Marlenberg
Langenbrücken	Schönborn
Leutzkirchen	Blesketal
Lichtental	Baden-Baden
Lieberstein	Hindelang
M	
Menneberg	Grönenbach
Meinberg	Horn
Methau	Radolfzell
Mingolaheim	Schönborn
Mittelsuthen	Filsing
Monheimsee	Aschen
N	
Neuhaus	Holzwinden
Neutrauchburg	Isry
Niederholz	Grönenbach
Niedermü	Rottenburg
Niendorf	Timmendorfer Strand
O	
Oberbuchow	Heilbrunn
Oberdorf	Hindelang
Oberenzschau	Heilbrunn
Oberes Hart	Wörishofen
Oberfischbach	Tölz
Obergammernied	Wörishofen

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Oberjoch	Hindelang
Obermühl	Heßbrunn
Obernuthen	Füßing
Obersteinbach	Heßbrunn
Örnühle	Grünenbach
Oos	Baden-Baden
Ostfeld	Heßbrunn
Ostrau	Schandau
P	
Picht	Füßing
Pirneßd	Füßing
Pölnzau	Füßing
R	
Rachentel	Endorf
Ramrau	Heßbrunn
Randringhausen	Bünde
Raupolz	Grünenbach
Rachberg	Grünenbach
Reckenberg	Hindelang
Reichenbach	Waldbrunn
Reute	Oberndorf
Riederburg	Füßing
Rüdle	Hindelang
Rügang	Oberndorf
Rödsberg	Barnack
Rosenfels	Geggenau
Rothenstein	Grünenbach
Rothenuffeln	Hille
S	
Saßlersteden	Füßing
Selig	Lenzdorf
Salzburg	Neustadt a. d. Saale
Salzhausen	Nicke
Sabzig	Boppard
Sand	Emstal
Schleieröd	Füßing
Schiffig	Wangerland
Schöckhöd	Füßing
Schönau	Heßbrunn
Schönneschach	Wärthofen
Schwand	Oberndorf
Schwarzenberg-Schörmünzsch	Balerebrunn

Heilort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Schwenden	Grödenbach
Sebastianeweller	Nüßlingen
Seebruch	Voitho
Seefeld	Grödenbach
Senketalich	Voitho
Spelmannsee	Oberndorf
Steinach	Waldsee
Steinruth	Füßing
Ströbing	Endorf
T	
Talsau	Füßing
Thelham	Füßing
Thierham	Füßing
Thürham	Albing
Timndorf	Melente
Tönisstein	Andemach
Tönisstein	Burgbrohl
U	
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wärthofen
Untergammenried	Wärthofen
Unterjoch	Hindelang
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterwitten	Füßing
Useln	Willingen
V	
Valdorf-West	Voitho
Vogelherd	Heilbrunn
Vogelöd	Füßing
Vorderhindelang	Hindelang
W	
Waldegg b. Grödenbach	Grödenbach
Waldseeborn	Lippstadt
Waldmühle	Windheim
Warmbad	Wolkenstein
Warmeletten	Barnack
Welche	Abbach
Weldach	Füßing
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füßing
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Würling	Füßing
Z	
Zeitlofs	Brückeneu
Zell	Abling
Ziegelberg	Grönnenbach
Ziegelstadel	Grönnenbach
Ziegenhagen	Witzenhausen
Zieglitz	Füßing
Zinnheim	Marienbergr
Zwicklam	Füßing

Anhang 3

(zu § 13 Abs. 3 Nr. 2 BhV)

Heilkurortverzeichnis Ausland

Ortsnamen

- Abano Terme
- Badgastein
- Bad Dorfgastein
- Bad Hofgastein
- Gatzignano
- Iechla
- Montegrotto
- Ein Boqog, Salt Land Village, Sdom am Toten Meer^{*)}

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

Amtsblatt für Brandenburg

Gemeinsames Ministerialblatt für das Land Brandenburg
