

Beihilfeverordnung des Saarlandes 2022

Ihre gewerkschaftliche Spitzenorganisation



dbb
beamtenbund
und **tarifunion**

landesbund
saar

Näher dran – in Ihrem Sinne!

Impressum

Herausgeber:

dbb beamtenbund und tarifunion saar

Hohenzollernstraße 41

66117 Saarbrücken

Tel.: 0681/ 51708

Fax.: 0681/ 581817

Internet: www.dbb-saar.de

E-Mail: post@dbb-saar.de

Redaktion, Satz und Layout: **Ewald Linn**

Landesvorsitzender des dbb saar

Die dbb-Broschüre 2016 wurde (nur PDF-Datei) im Oktober 2022 aktualisiert.

Der Herausgeber kann für fehlerhafte Angaben und deren Folgen weder eine juristische Verantwortung noch irgendeine Haftung übernehmen.

INHALTSVERZEICHNIS

Wichtige Kontaktadressen für Beihilfeberechtigte

Auszug aus dem Saarländischen Beamtengesetz – SBG §§ 67, 96 und 101

Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Saarländische Beihilfeverordnung - BhVO)

- § 1 - Geltungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur
- § 2 - Beihilfeberechtigte Personen
- § 3 - Beihilfefälle
- § 4 - Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen
- § 5 - Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen
- § 6 - Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
- § 6a - Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen
- § 7 - Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsaufenthalt
- § 8 - Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkuren
- § 9 - Beihilfefähige Aufwendungen bei zahnärztlichen Leistungen
- § 10 - Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsvorsorge
- § 11 - Beihilfefähige Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation
- § 12 - Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen
- § 13 - Beihilfefähige außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandenen Aufwendungen
- § 14 - Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen
- § 15 - Bemessung der Beihilfen
- § 16 - Begrenzung der Beihilfen
- § 17 - Verfahren
- § 18 - Gewährung von Beihilfen in Todesfällen
- § 19 - Übergangs- und Schlussvorschriften

Anlage 1 zu § 5 Abs. 1 Nr. 1 BhVO

Psychotherapeutische Behandlung und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

Anlage 2 zu § 5 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe a der BhVO

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden und Mittel

Anlage 3 zu § 5 Abs. 1 Nr. 8 i.V.m. Abs. 2 Satz 1 Buchstabe b der BhVO -

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilbehandlung
- Leistungsverzeichnis

Anlage 4 zu § 5 Abs. 1 Nr. 9 i.V.m. Abs. 2 Satz 1 Buchstabe b der BhVO -

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

Ausführungsvorschriften (AV) zur Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen

Es lohnt sich, Mitglied im dbb zu sein!

dbb-Fachgewerkschaften im Landes- und Kommunaldienst

Wichtige Kontaktadressen für Beihilfeberechtigte

Beamte, Versorgungsempfänger und Hinterbliebene des Landes

Landesamt für Zentrale Dienste (LZD)
Zentrale Besoldungs-, Versorgungs- und Beihilfestelle

Postfach 102244
66022 Saarbrücken

Telefon (0681) 501- 6700 (Servicecenter)
Telefax (0681) 501- 6214

Informationen für Beihilfeberechtigte:

https://www.saarland.de/mfe/DE/portale/zbs/informationen/beihilfe/aktuelles-beihilfe/aktuelles-beihilfe_node.html

Beamte, Versorgungsempfänger und Hinterbliebene der Gemeinden, Städte, Landkreise

Ruhegehalts- und Zusatzversorgungskasse (RZVK) des Saarlandes
Beihilfe-Umlage-Gemeinschaft (BU)

Fritz-Dobisch-Straße 12
Postfach 102433
66024 Saarbrücken

Telefon (0681) 40003 – 0
Telefax (0681) 40003 – 720

Email: info@rzvk-saar.de
Internet: www.rzvk-saar.de

Informationen für Beihilfeberechtigte:

www.rzvk-saar.de/beihilfe/dokumente.php

Hinweis:

Rechtliche Erläuterungen und Informationen sowie Beihilfe-Formulare finden Sie im Internet bei der ZBS Saarland bzw. RZVK-Saar und können dort heruntergeladen werden.

Auszug aus dem Saarländischen Beamtengesetz (SBG)

Gesetz Nr. 1675 vom 11. März 2009 (Amtsbl. S. 514)
Zuletzt geändert durch Gesetz vom 17.6.2015 vom 17. Juni 2015 (Amtsbl. I S. 455)

§ 67 Beihilfe

(1) Beihilfe erhalten

1. Beamtinnen und Beamte, die Anspruch auf Dienstbezüge oder Anwärterbezüge haben,
2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die Anspruch auf Versorgungsbezüge haben,
3. frühere Beamtinnen und Beamte während des Bezuges von Unterhaltsbeiträgen oder Übergangsgeld nach dem durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetz,
4. frühere Beamtinnen und Beamte auf Zeit während des Bezuges von Übergangsgeld nach dem durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetz.

Satz 1 gilt auch, wenn Bezüge wegen der Anwendung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden. Beihilfefähig sind die Aufwendungen der Ehegattin oder des Ehegatten oder der eingetragenen Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners der oder des Beihilfeberechtigten, die oder der kein zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit führendes Einkommen hat, und der im Familienzuschlag nach dem durch Gesetz vom 1. Oktober 2008 (Amtsbl. S. 1755) in Landesrecht übergeleiteten Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder als berücksichtigungsfähige Angehörige. Satz 3 gilt nicht für Fälle des § 23 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes.

(2) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen

1. in Krankheits- und Pflegefällen,
2. zur Vorbeugung gegen und Behandlung von Krankheiten oder Behinderungen,
3. in Geburtsfällen, bei künstlicher Befruchtung sowie in Ausnahmefällen zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch und
4. zur Früherkennung von Krankheiten und zu Schutzimpfungen.

Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung (siehe Hinweis*) und für Heilpraktikerleistungen sind nicht beihilfefähig.

Aufwendungen für Sehhilfen werden nur Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie stark Sehbehinderten erstattet.

(3) Beihilfen werden als Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz) gewährt. Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen der Beihilfeberechtigten 50 Prozent, der berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen und Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sowie der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger 70 Prozent. Für Aufwendungen von Kindern und selbst beihilfeberechtigten Waisen beträgt er 80 Prozent. Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz einer oder eines Beihilfeberechtigten 70 Prozent; bei mehreren Beihilfeberechtigten gilt dies nur bei einer oder einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten. In Ausnahmefällen kann eine Erhöhung der Bemessungssätze vorgesehen werden. Beihilfe kann in Pflegefällen in Form einer Pauschale gewährt werden, deren Höhe sich am tatsächlichen Versorgungsaufwand orientiert. Beihilfe darf nur gewährt werden, wenn sie zusammen mit von dritter Seite zustehenden Erstattungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht überschreitet. Zustehende Leistungen zu Aufwendungen nach Absatz 2 sind von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen, Leistungen aus einer privaten Krankenversicherung sind hiervon nicht erfasst.

(4) Die auszuzahlende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem die Aufwendungen geltend gemacht werden, um folgende Kostendämpfungspauschale gekürzt:

<i>Stufe</i>	<i>Besoldungsgruppen</i>	<i>Betrag</i>
1	Besoldungsgruppen A 7 und A 8	100,00 Euro
2	Besoldungsgruppen A 9 bis A 11	150,00 Euro
3	Besoldungsgruppen A 12 bis A 15, B 1, C 1 und C2, H 1 bis H 3, R 1, W 1	300,00 Euro
4	Besoldungsgruppen A 16, B 2 und B 3, C 3, H 4 und H 5, R 2 und R 3, W 2	450,00 Euro
5	Besoldungsgruppen B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7, W 3	600,00 Euro
6	Höhere Besoldungsgruppen	750,00 Euro

(5) Die Beträge nach Absatz 4 werden bei Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit vermindert.

(6) Die Beträge nach Absatz 4 bemessen sich

1. bei Ruhestandsbeamtinnen und Ruhestandsbeamten und früheren Beamtinnen und Beamten nach dem Ruhegehaltssatz
2. bei Witwen und Witwern sowie hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern nach 55 vom Hundert des Ruhegehaltssatzes;

dabei darf die Kostendämpfungspauschale in den Fällen der Nummer 1 70 vom Hundert und in den Fällen der Nummer 2 40 vom Hundert der Beträge nach Absatz 4 nicht übersteigen. Für die Zuteilung zu den Stufen nach Absatz 4 ist die Besoldungsgruppe maßgebend, nach der die Versorgungsbezüge berechnet sind. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezügen ein Grundgehalt (Gehalt) nach einer früheren Besoldungsgruppe, eine Grundvergütung oder ein Lohn zugrunde liegt, sowie für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge in festen Beträgen festgesetzt sind.

(7) Die Kostendämpfungspauschale nach den Absätzen 4 bis 6 vermindert sich um 40,00 Euro für jedes berücksichtigungsfähige Kind oder jedes Kind, das nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist. Sind Kinder bei beiden beihilfeberechtigten Elternteilen berücksichtigungsfähig, vermindert sich die Kostendämpfungspauschale grundsätzlich bei dem Elternteil, der den Familienzuschlag oder den Auslandskinderzuschlag bezieht.

(8) Die Höhe der Kostendämpfungspauschale richtet sich nach den bei der erstmaligen Antragstellung im Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen.

(9) Die Kostendämpfungspauschale entfällt

1. bei Empfängerinnen und Empfänger von Anwärterbezügen,
2. bei Witwen und Witwern sowie hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartnerinnen und Lebenspartner in dem Kalenderjahr, in dem der Beihilfeanspruch entsteht,
3. bei Waisen,
4. bei beihilfefähigen Aufwendungen, die einer oder einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden sind, und bei Aufwendungen aus Anlass des Todes der oder des Beihilfeberechtigten,
5. bei Mitgliedern von Krankenkassen im Sinne des § 4 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Kostendämpfungspauschale entfällt ebenfalls für Aufwendungen

1. für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge,
2. für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,

3. für die Schwangerschaftsüberwachung und die ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik sowie für im Zusammenhang mit der Schwangerschaft verordnete Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen und
4. bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(10) Das Ministerium für Inneres und Sport regelt im Einvernehmen mit dem Ministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung die näheren Einzelheiten der Beihilfegewährung, insbesondere der Höchstbeträge, des völligen oder teilweisen Ausschlusses von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch und der Berücksichtigung von Kindern.

Hinweis *)

Seit dem 1.07.1995 sind Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, Ein- bzw. Zweibettzimmer) nicht mehr beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Krankenhausleistungen richtet sich gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 BhVO grundsätzlich nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgH). Dabei wird beihilferechtlich zwischen den allgemeinen Krankenhausleistungen (Grundversorgung) und Wahlleistungen unterschieden. Allgemeine Krankenhausleistungen sind ärztliche Behandlung, Krankenpflege sowie Unterkunft und Verpflegung. Aufgrund dieser Regelungen sind daher Wahlleistungen wie z.B. gesondert berechenbare ärztliche Leistungen auf Grund wahlärztlicher Vereinbarungen von der Beihilfefähigkeit ausgenommen. D.h. nur wenn keine Wahlleistungen vereinbart werden, sind bei einer stationären Behandlung vom Krankenhaus die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß § 2 Abs. 1 BPfIV (Grundversorgung) in Rechnung zu stellen.

§ 96 Beihilfeakte

(1) Unterlagen über Beihilfen sind stets als Teilakte zu führen. Diese ist von der übrigen Personalakte getrennt aufzubewahren. Sie soll in einer von der übrigen Personalverwaltung getrennten Organisationseinheit bearbeitet werden; Zugang sollen nur Beschäftigte dieser Organisationseinheit haben. Die Beihilfeakte darf für andere als für Beihilfezwecke nur verwendet oder weitergegeben werden, wenn die oder der Beihilfeberechtigte und die oder der bei der Beihilfegewährung berücksichtigte Angehörige im Einzelfall einwilligen, die Einleitung oder Durchführung eines im Zusammenhang mit einem Beihilfeantrag stehenden behördlichen oder gerichtlichen Verfahrens dies erfordert oder soweit es zur Abwehr erheblicher Nachteile für das Gemeinwohl, einer sonst unmittelbar drohenden Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Rechte einer anderen Person erforderlich ist. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Unterlagen über Heilfürsorge und Heilverfahren.

(2) Unterlagen über die Verordnung von Arzneimitteln dürfen zur Geltendmachung eines Anspruches auf Abschläge nach § 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) verarbeitet und in anonymisierter Form übermittelt werden. Die Übermittlung in nichtanonymisierter Form an einen Treuhänder nach § 3 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel ist nur in den dort genannten Fällen zulässig.

(3) Personenbezogene Daten aus der Beihilfeakte dürfen ohne Einwilligung der betroffenen Person verarbeitet oder an eine andere Behörde übermittelt werden, soweit sie für die Festsetzung und Berechnung der Besoldung oder Versorgung oder für die Prüfung der Kindergeldberechtigung erforderlich sind. Dies gilt auch für Daten aus der Besoldungsakte und der Versorgungsakte, soweit sie für die Festsetzung und Berechnung der Beihilfe erforderlich sind.

§ 101 Aufbewahrungsfrist; Abschluss von Personalakten

(2) Unterlagen über Beihilfen sind drei Jahre, Unterlagen über Heilfürsorge, Heilverfahren, Unterstützungen, Erholungsurlaub, Erkrankungen, Umzugs- und Reisekosten sind fünf Jahre nach Ablauf des Jahres, in dem die Bearbeitung des einzelnen Vorgangs abgeschlossen wurde, aufzubewahren. Unterlagen über die Verordnung von Arzneimittel und andere Unterlagen, aus denen die Art der Erkrankung ersichtlich ist, sind unverzüglich zurückzugeben, wenn sie für den Zweck, zu dem sie vorgelegt worden sind, oder für Zwecke des § 96 Absatz 2 nicht mehr benötigt werden. In Zweitschrift oder Fotokopie vorgelegte Unterlagen können auch vernichtet werden.

Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfeverordnung – BhVO)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (Amtsbl. S. 329)

Folgende Änderungen sind berücksichtigt:

- VO v. 15.12.1987 (Amtsbl. S. 1428)
- VO v. 19.03.1990 (Amtsbl. S. 363)
- VO v. 26.10.1993 (Amtsbl. S. 1114)
- G. v. 26.01.1994 (Amtsbl. S. 509)
- VO v. 25.04.1995 (Amtsbl. S. 442)
- VO v. 23.05.1995 (Amtsbl. S. 578)
- VO v. 24.09.1996 (Amtsbl. S. 1070)
- VO v. 24.06.1998 (Amtsbl. S. 518)
- VO v. 03.02.1999 (Amtsbl. S. 498)
- G. v. 23.05.2001 (Amtsbl. S. 937)
- VO v. 16.07.2001 (Amtsbl. S. 1398)
- G. v. 07.11.2001 (Amtsbl. S. 2158)
- VO v. 21.07.2003 (Amtsbl. S. 2064)
- VO v. 04.12.2003 (Amtsbl. S. 2995)
- VO v. 24.01.2006 (Amtsbl. S. 174); In-Kraft-Treten 01.01.2005 / 04.02.2006
- Urteil v. 13.08.2007 (Amtsbl. S. 1768); In-Kraft-Treten 06.09.2007
- G. v. 19.11.2008 (Amtsbl. S. 1930); In-Kraft-Treten 12.12.2008
- VO v. 08.12.2008 (Amtsbl. S. 2109); In-Kraft-Treten 01.01.2009
- VO v. 08.12.2010 (Amtsbl. I S. 1522); In-Kraft-Treten 01.01.2011
- VO v. 20.06.2012 (Amtsbl. I S. 238); In-Kraft-Treten 20.07.2012
- VO v. 14.01.2015 (Amtsbl. I S. 134); In-Kraft-Treten 30.01.2015
- VO v. 12.11.2015 (Amtsbl. I S. 888); In-Kraft-Treten 04.12.2015
- VO v. 14.04.2016 (Amtsbl. I S. 300); In-Kraft-Treten 01.01.2016
- G. v. 19.06.2019 (Amtsbl. I S. 498); In-Kraft-Treten 01.07.2019
- G. v. 08.12.2021 (Amtsbl. I S. 2629); In-Kraft-Treten 17.12.2021
- VO v. 24.03.2022 (Amtsbl. I S. 569); In-Kraft-Treten 01.04.2022

§ 1 Geltungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

(1) Diese Verordnung gilt für Beamte und Beamtinnen, für Versorgungsempfänger und Versorgungsempfängerinnen des Landes, der Gemeinden, der Gemeindeverbände und der sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts. Sie gilt auch für Richter und Richterinnen des Landes.

(2) Die Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, zur Krankheitsvorsorge, zur Früherkennung von Krankheiten sowie anlässlich eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer nicht rechtswidrigen Sterilisation.

(3) Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet und gepfändet werden.

(4) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der in Absatz 1 bezeichneten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach Maßgabe der folgenden Vorschriften gewährt.

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamte einschließlich der Beamtenanwärter und Richter,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden sind,
3. Witwen und Witwer, überlebende eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, sowie die Kinder (§ 26 des Saarländischen Beamtenversorgungsgesetzes) der unter Nummern 1 und 2 bezeichneten Personen,

solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ausbildungsbeihilfe, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten oder nur deshalb nicht erhalten, weil Versorgungsbezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften (z. B. § 25 Abs. 1, §§ 64 und 65 des Saarländischen Beamtenversorgungsgesetzes) nicht gezahlt werden. Während der Zeit einer Beurlaubung nach § 16 der Urlaubsverordnung für die saarländischen Beamten und Richter hat der Beamte einen Anspruch auf die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen; dies gilt nicht, wenn der Beamte berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten wird oder Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat.

(2) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs sowie die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. Die Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung aufgrund früherer Versorgungsansprüche sowie als berücksichtigungsfähiger Angehöriger aus. Satz 2 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.

(3) Beihilfen werden nicht gewährt

1. Beamten und Richtern, die nur vorübergehend oder nebenbei verwendet werden, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 41 Abs. 6 des Saarländischen Besoldungsgesetzes) beschäftigt sind,
2. Ehrenbeamten und ehrenamtlichen Richtern,
3. Versorgungsempfängern (Absatz 1 Nummer 2 und 3) für die Dauer einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,

4. Halbweisen, wenn der lebende Elternteil, der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt ist und Anspruch auf Beihilfen zu den Aufwendungen für die Halbwaise hat,
5. Beamten, Richtern und Versorgungsempfängern, denen Leistungen nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages, nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes oder nach entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

(4) Den in den Landesdienst abgeordneten Beamten und Richtern werden Beihilfen nach diesen Vorschriften gewährt; Vereinbarungen der beteiligten Dienstherrn über einen Ausgleich der gewährten Leistungen bleiben unberührt.

§ 3 Beihilfefälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in Krankheitsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsfürsorge
 - a) für den Beihilfeberechtigten selbst,
 - b) für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner des Beihilfeberechtigten,
 - c) für die nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kinder;
2. in Geburtsfällen
 - a) einer Beihilfeberechtigten,
 - b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten oder eingetragenen Lebenspartnerin der Beihilfeberechtigten,
 - c) der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter, mit der der Beihilfeberechtigte nicht verheiratet ist, für ein Kind des Beihilfeberechtigten,
 - d) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter;
3. im Todesfalle
 - a) eines Beihilfeberechtigten,
 - b) seines nicht selbst beihilfeberechtigt gewesenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,
 - c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes, bei Totgeburten, wenn sie beim Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig gewesen wären;
4. für Schutzimpfungen
 - a) des Beihilfeberechtigten,
 - b) seines nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,
 - c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes;
5. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs
 - a) einer Beihilfeberechtigten,
 - b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten oder der eingetragenen Lebenspartnerin der Beihilfeberechtigten,
 - c) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter;
6. in Fällen einer nicht rechtswidrigen Sterilisation
 - a) eines Beihilfeberechtigten,

- b) des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten,
- c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes;

7. bei Pflegebedürftigkeit

- a) eines Beihilfeberechtigten,
- b) seines nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,
- c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes.

(2) Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte, im Familienzuschlag nach dem Saarländischen Besoldungsgesetz berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gewährt; dies gilt auch für die Kinder im Sinne des § 32 Abs. 4 Nr. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes, die nur wegen der Höhe ihrer Einkünfte und Bezüge nicht im Ortszuschlag berücksichtigt wurden. Beihilfen werden nicht gewährt für Aufwendungen von Geschwistern des Beihilfeberechtigten, seines Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners. Aufwendungen für Kinder und Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner beihilfeberechtigter Waisen sind nicht beihilfefähig.

(3) Berücksichtigungsfähige Familienangehörige, die bei Zuwendungsempfängern tätig sind, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden, gehören nicht zu den nicht selbst beihilfeberechtigten Personen im Sinne der Absätze 1 und 2.

(4) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor. Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer dieser Verordnung im wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(5) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt. Beihilfe zu Aufwendungen für ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird grundsätzlich demjenigen gewährt, der den kinderbezogenen Teil des Familienzuschlags nach dem Saarländischen Besoldungsgesetz bezieht.

§ 4 Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

- (1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang
1. in Krankheits- und Pflegefällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, für die Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden,
 2. bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsvorsorge,
 3. in Geburtsfällen,
 4. in Todesfällen,
 5. für Schutzimpfungen, ausgenommen solche, die aus Anlaß privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union durchgeführt werden,
 6. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,
 7. in Fällen einer nicht rechtswidrigen Sterilisation

nach Maßgabe der folgenden Vorschriften.

(1a) Soweit sich Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Beihilfe gewährt wird, an Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anlehnen, setzt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen voraus, dass für die Leistungen einschließlich der Arzneimittel nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind sowie insbesondere ein Arzneimittel zweckmäßig ist und keine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren. Dies gilt insbesondere für § 5 Absatz 1 Nummer 4, 6 und 13 sowie Absatz 2, § 6a und § 10. Im Übrigen gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, auf die diese Verordnung verweist, entsprechend, soweit die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Sozialversicherungsrecht dies nicht ausschließen.

(2) Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit der Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche sowie für psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte sowie der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die die Regelspanne des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Die Festsetzungsstelle kann bei Zweifel über die Notwendigkeit und die Angemessenheit der Aufwendungen ein Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen. Sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Abs. 2a oder nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz versichert, beurteilt sich die Angemessenheit ihrer Aufwendungen nach den in den Verträgen nach § 75 Abs. 3b Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vereinbarten Gebührenregelungen. Solange keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, gelten die Maßgaben des § 75 Abs. 3a Satz 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

(3) Sach- und Dienstleistungen einer gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung sind nicht beihilfefähig. Als Sach- und Dienstleistungen gelten auch die gesetzlich vorgesehene Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Personen, denen ein Zuschuß, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) bemißt oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, auch Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und Aufwendungen, die darauf beruhen, daß der Versicherte die beim Behandler mögliche Sach- und Dienstleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat.

(3a) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel und Aufwendungen, die dadurch entstehen, daß anstelle von Sachleistungen eine Kostenerstattung nach § 64 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gewährt wird. Nicht beihilfefähig sind ferner 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.

(4) Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor der Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen; dabei gilt bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen der nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen höchstmögliche Zuschuß als gewährte Leistung. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Heil- 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. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 5 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf bezugnehmende 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.

(5) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind, in dem

1. der Beihilfeberechtigte noch nicht oder nicht mehr zu den in § 2 bezeichneten beihilfeberechtigten Personen gehörte oder ohne Genehmigung schuldhaft dem Dienst ferngeblieben war,
2. die betreffende Person nicht nach § 3 berücksichtigungsfähig war.

Die Aufwendungen gelten als entstanden in dem Zeitpunkt, in dem die verursachenden Umstände eingetreten sind, z. B. der Zeitpunkt der Behandlung durch den Arzt, des Einkaufs von Arzneien, der Lieferung eines Hilfsmittels.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen eines Versorgungsempfängers (§ 2 Abs. 1 Nummern 2 und 3), der außerhalb des öffentlichen Dienstes beruflich tätig ist und des nicht selbst beihilfeberechtigten berufstätigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners eines Beihilfeberechtigten (§ 3 Abs. 1 Nummer 1 Buchstabe b), wenn nachgewiesen wird, daß der Krankheitsfall überwiegend in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Berufstätigkeit steht.

(7) Nicht beihilfefähig sind die in den §§ 5 bis 11 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner, des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 und 5a des Einkommensteuergesetzes) des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 16 000 Euro übersteigt, es sei denn, daß dem Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder daß die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Die Festsetzungsstelle kann in anderen besonders begründeten Ausnahmefällen im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres, Bauen und Sport die Gewährung von Beihilfen zulassen. Der Betrag nach Satz 1 wird im gleichen Verhältnis, wie sich der Rentenwert West aufgrund der Rentenwertbestimmungsverordnung erhöht, angepasst und auf volle Euro abgerundet. Die Anpassung erfolgt mit Wirkung für das auf das Inkrafttreten der Rentenwertbestimmungsverordnung folgende Kalenderjahr. Das Ministerium für Inneres, Bauen und Sport gibt den jeweils angepassten Betrag bekannt.

(8) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme; nahe Angehörige sind Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwieger-

töchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Behandelten. Unkosten, die dem behandelnden Angehörigen im Einzelfall, z. B. für Materialien, Stoffe und Medikamente, entstehen und deren Geldwert nachgewiesen ist, sind im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig.

(9) Nicht beihilfefähig sind 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. Dies gilt nicht für Aufwendungen, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 76 des Saarländischen Beamtengesetzes zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt.

§ 5 Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

(1) Aus Anlaß einer Krankheit sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. Ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen; ausgenommen sind Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden. Das Ministerium für Inneres, Bauen und Sport kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen sowie die Aufwendungen begrenzen oder ausschließen. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach der Anlage 1.
2. Vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) mit Ausnahme der Wahlleistungen (§ 22 BPfIV, §§ 16 und 17 KHEntgG) sowie vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus (§ 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die die Bundespflegegesetzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind Aufwendungen bis zu der Höhe beihilfefähig, die bei einer Behandlung im nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhaus entstanden wären, das diese Vorschriften anwendet.
3. Erste Hilfe.
4. Eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muß überwiegen. Daneben sind die Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. Bei einer Pflege durch nahe Angehörige (§ 4 Abs. 8) sind nur die notwendigen Fahrkosten (Nummer 11) und, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird, eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen beihilfefähig; eine an Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig. Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Entgeltgruppe 7a der Kr-Anwendungstabelle [West] – Anlage 5 A TVÜ-Länder).
5. Eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 6 Euro stündlich, höchstens 36 Euro täglich, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung (Nummer 2, § 6, § 7 und § 12) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, daß diese Person – ausgenommen Alleinerziehende – nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt in besonderen Fällen auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer stationären Unterbringung, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushaltes erforderlich ist. Nummer 4 Satz 3 gilt

entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter 15 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. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer in der Nummer 4 Satz 3 genannten Person sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 11) nicht beihilfefähig.

6. Die vom Arzt oder Zahnarzt bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich oder elektronisch verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen. Ist für ein Arznei- oder Verbandmittel ein Festbetrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch festgesetzt, sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe des Festbetrags beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen sowie die Aufwendungen für
 - a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,
 - b) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
 - c) Abführmittel, ausgenommen bei schweren Erkrankungen,
 - d) Arzneimittel gegen Reisekrankheiten.

Nicht beihilfefähig sind außerdem Mittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, insbesondere solche, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Zu den beihilfefähigen Mitteln gehören grundsätzlich auch nicht Geriatrika, Regenerationsmittel, Vitaminpräparate, Präparate zur Ovulationshemmung, Stärkungsmittel oder Säuglingsfrühnahrung. Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption sind nur bis zur Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres beihilfefähig, es sei denn, sie werden als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und über die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind auch für Medizinprodukte im Rahmen der beihilferechtlichen Voraussetzungen entsprechend anzuwenden.

7. Eine von der zuständigen Behörde angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.
8. Eine vom Arzt schriftlich oder elektronisch angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder – ausgenommen Saunabäder und Aufenthalt in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur –, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Podologen, Logopäden, Masseur oder Masseur und medizinischen Bademeister durchgeführt werden. Bei einer heilpädagogischen Behandlung und der Behandlung von spastisch gelähmten Kindern in den dafür vorgesehenen Heimen sind auch notwendige Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 7,15 Euro täglich beihilfefähig, es sei denn, § 6 ist anzuwenden.
9. Anschaffung, Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich oder elektronisch verordneten Hilfsmittel, Apparate und Geräte zur

Selbstbehandlung oder zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, deren Anschaffungskosten Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung sind. Aufwendungen für Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. Das Ministerium für Inneres, Bauen und Sport kann in Richtlinien die Beihilfefähigkeit derartiger Aufwendungen begrenzen, die für die Beihilfefähigkeit der Anschaffungskosten maßgebenden Voraussetzungen bestimmen und die zu den Hilfsmitteln gehörenden Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung festlegen.

10. Organspender, soweit der Empfänger zu dem in § 3 Abs. 1 Nummer 1 Buchstaben a bis c bezeichneten Personenkreis gehört, für
 - a) Aufwendungen nach Nummern 1, 2, 2a, 6, 8, 11 und 12, die bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen,
 - b) den nachgewiesenen Ausfall an Arbeitseinkommen.

Diese Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht von anderer Stelle erstattet werden oder zu erstatten sind. Buchstaben a und b gelten auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, daß sie als Organspender nicht in Betracht kommen.

11. Die Beförderung des Erkrankten zur Behandlung, Untersuchung und dergleichen und zurück und, falls erforderlich, einer Begleitperson sowie die Gepäckbeförderung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Beförderungsklasse regelmäßig verkehrender öffentlicher Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. Höhere Beförderungskosten dürfen nur berücksichtigt werden bei Rettungsfahrten oder wenn eine anderweitige Beförderung wegen der Schwere oder Eigenart einer bestimmten Erkrankung oder einer Behinderung unvermeidbar war. Die medizinische Notwendigkeit der anderweitigen Beförderung ist durch eine auf die konkreten Umstände im Einzelfall bezogene Bescheinigung des behandelnden Arztes nachzuweisen. Wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Saarländischen Reisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig.

Beihilfen werden nicht gewährt

 - a) bei Benutzung privater Personenkraftwagen für die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks,
 - b) für die Benutzung privater Personenkraftwagen oder öffentlicher, regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel bei Behandlung des Erkrankten am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in deren Einzugsgebiet,
 - c) für die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
 - d) für die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise.
12. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen und ärztlich verordneten Heilbehandlungen außerhalb einer Heilkur oder einer kurähnlichen Maßnahme bis zu einem Höchstbetrag von je 26 Euro täglich für den Erkrankten und für eine notwendige Begleitperson.
13. Eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel. § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Die Behandlung ist vorab auf der Grundlage eines Behandlungsplans zu genehmigen.

- (2) Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für
- a) wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Materialien, Arznei- und Verbandmittel,
 - b) Heilbehandlungen nach Absatz 1 Nummer 8 und Hilfsmittel nach Absatz 1 Nummer 9

bestimmen sich nach den Anlagen 2 bis 4. Das Ministerium für Inneres, Bauen und Sport kann die Beihilfefähigkeit der in Satz 1 genannten Aufwendungen ganz oder teilweise von einer vorherigen Anerkennung abhängig machen, begrenzen oder ausschließen.

(3) Werden Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 8 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von Absatz 1 Nr. 8 und § 4 Abs. 1 und 2 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind, beihilfefähig. Eine Komplextherapie wird von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht, dem auch Ärzte, Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen im Sinne von Absatz 1 Nr. 8 Satz 3 angehören müssen.

§ 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die von Ärzten als notwendig bescheinigte häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege neben anderen nach § 5 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen entsprechend den Pflegestufen des § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die Beihilfe zu Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit erhalten, haben Anspruch auf Pflegeberatung. Umfang und Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richten sich nach § 7a Elftes Buch Sozialgesetzbuch. Aufwendungen für die zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit nach § 44a Elftes Buch Sozialgesetzbuch sind für Beschäftigte nach § 3 des Pflegezeitgesetzes beihilfefähig, wenn sie Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige pflegen.

(2) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist mindestens, daß die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Die Pflegebedürftigen sind einer der Stufen nach § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch zuzuordnen.

(3) Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte bestimmt sich die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen je Kalendermonat nach Maßgabe des § 36 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der dort festgelegten Beträge. Bei einer teilstationären Pflege durch geeignete Pflegekräfte bestimmt sich die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen je Kalendermonat nach Maßgabe des § 41 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der dort festgelegten Beträge. Werden auf Grund eines besonderen Pflegeaufwandes höhere Aufwendungen zwingend notwendig, so kann zur Vermeidung einer Notlage eine Beihilfe bis zur Höhe dieser Aufwendungen gewährt werden. Bei zusätzlichen Betreuungsleistungen wird Beihilfe nach Maßgabe des § 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch gewährt. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für teilstationäre Pflege in einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung in Verbindung mit Aufwendungen häuslicher Pflege

durch geeignete Pflegekräfte, in Verbindung mit häuslicher Pflege durch andere geeignete Personen oder in Kombination von häuslicher Pflege durch geeignete Pflegekräfte und andere geeignete Personen richtet sich nach § 41 Absatz 4 bis 6 Elftes Buch Sozialgesetzbuch.

(4) Bei einer häuslichen Pflege durch andere Pflegepersonen wird eine Pauschalbeihilfe nach Maßgabe des § 37 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der dort festgelegten Beträge gewährt. Besteht der Anspruch nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag mit Ausnahme für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) oder einer Sanatoriumsbehandlung (§ 7) entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Ein aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. Bei Verhinderung der Pflegeperson werden anstelle der Pauschalbeihilfe die Kosten einer Ersatzpflegekraft für längstens vier Wochen je Kalenderjahr nach Maßgabe des § 39 Elftes Buch Sozialgesetzbuch in Höhe des dort festgelegten Betrages als beihilfefähig anerkannt. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen zur Hälfte gewährt.

(5) Bei einer Pflege in einer vollstationären Einrichtung (Kurzzeitpflege) werden die Kosten für längstens vier Wochen je Kalenderjahr bis zur Höhe des in § 42 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegten Betrages als beihilfefähig anerkannt. Voraussetzung ist, daß die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Entsprechend § 42 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch sind Pflegeaufwendungen für eine Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen auch bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Sind in den Aufwendungen für die Einrichtung Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 Prozent der Aufwendungen beihilfefähig.

(6) Bei einer vollstationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht kommenden pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung (§ 84 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, daß folgende Eigenanteile überschritten werden:

1. bei Beihilfeberechtigten mit
 - a) einem Angehörigen 40 vom Hundert,
 - b) mehreren Angehörigen 35 vom Hundert

des um 511 Euro – bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 383 Euro – verminderten Einkommens,

2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

Einkommen sind die Dienst- oder Versorgungsbezüge (ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag) sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners einschließlich dessen sozialversicherungspflichtigen Arbeitseinkommens. Angehörige im Sinne des Satzes 2 sind nur der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner sowie die Kinder, die nach § 3 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt. Bei einer Pflege in einer Pflegeeinrichtung, welche die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt, sind höchstens die vergleichbaren Kosten nach Satz 1 und 2 einer zugelassenen Pflegeeinrichtung am Ort oder der nächsten Umgebung beihilfefähig. Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim sind die Aufwendungen der vollstationären Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 Elftes Buch Sozialgesetzbuch vorliegen.

(7) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, wird in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 4 Abs. 3 und 4 sowie § 15 sind hierbei nicht anzuwenden.

(8) Aufwendungen für Hilfsmittel zur Linderung von Beschwerden, zur Erleichterung der Pflege oder der selbständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen sind nach Maßgabe des § 5 Abs. 1 Nr. 9 beihilfefähig. Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können entsprechend § 40 Abs. 4 und 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch als beihilfefähig anerkannt werden, soweit die Pflegeversicherung zu diesen Aufwendungen Leistungen erbringt. Die Beihilfefestsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund entsprechender Zuschußbescheide der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung.

(9) Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe entstehen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund stehen (§ 71 Abs. 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch), sind beihilfefähig in Höhe der in § 43a Elftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Beträge. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen richtet sich nach § 87b Elftes Buch Sozialgesetzbuch. Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erbringen, können Beihilfen entsprechend § 87a Abs. 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erhalten, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Die Zahlung erfolgt entsprechend dem Beihilfebemessungssatz des Pflegebedürftigen auf der Grundlage der Entscheidung der Pflegeversicherung.

(10) Die Beihilfefestsetzungsstelle entscheidet über die Pflegebedürftigkeit und die Beihilfe auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten und der sozialen Pflegeversicherung ist die von der Versicherung festgestellte Pflegestufe auch für die Beihilfe zugrunde zu legen. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Kostenanteile für die Erstellung eines Gutachtens werden nicht erstattet. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe bei der Beihilfefestsetzungsstelle oder der Pflegeversicherung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(11) Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a Elftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten Beihilfe für Aufwendungen zusätzlicher Betreuungsleistungen in entsprechender Anwendung des § 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch bis zur Höhe von

100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruches wird von der Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Beihilfe maßgebend. Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig. Der monatliche Höchstbetrag kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird der für das jeweilige Kalenderjahr zustehende beihilfefähige Jahreshöchstbetrag nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

§ 6a Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. Darüber hinaus können Leistungen nach § 6 erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

§ 7 Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsaufenthalt

(1) Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Sanatorium sowie die Auslagen für Kurtaxe und die Kosten des ärztlichen Schlußberichts sind neben Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 Nummern 1, 6, 8 und 11 nur dann beihilfefähig, wenn

1. ein amts- oder vertrauensärztliches Zeugnis darüber vorgelegt wird, daß die Sanatoriumsbehandlung dringend notwendig ist und nicht durch stationäre Behandlung in einer anderen Krankenanstalt oder durch eine Heilkur mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist, und
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(2) Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung oder, wenn bei schwerer chronischer Erkrankung aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist, sowie in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist.

(3) Die Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung sind für höchstens drei Wochen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes und die Kurtaxe sind für Begleitpersonen von Schwerbehinderten beihilfefähig, für die die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist. Voraussetzung ist, daß nach vorheriger Bestätigung des Sanatoriums eine Sanatoriumsbehandlung ohne Begleitperson nicht hätte durchgeführt werden können.

(4) Ein Sanatorium im Sinne dieser Vorschriften ist eine Krankenanstalt,

1. die die zur Durchführung einer besonderen Heilbehandlung erforderlichen Einrichtungen und Pflegepersonen besitzt,
2. in der die Behandlung durch einen dafür vorgebildeten Arzt geregelt und überwacht wird und
3. die der Aufsicht des zuständigen Gesundheitsamtes untersteht (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 und 2 ÖGDG; vgl. hierzu das vom Statistischen Bundesamt herausgegebene Verzeichnis der Krankenanstalten).

§ 8 Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkuren

(1) Für die nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 Beihilfeberechtigten mit Dienst- oder Anwärterbezügen werden Beihilfen gewährt zu den Aufwendungen für eine planmäßige Heilkur unter ärztlicher Leitung in einem inländischen Mineral-, Moor- oder Seeheilbad oder in einem für Klimaheilkuren oder Kneippheilkuren geeigneten Ort, wenn diese in dem vom Bundesministerium des Innern und für Heimat auf Grund von Vorschlägen der Länder herausgegebenen Verzeichnis enthalten sind. Beihilfefähig sind Aufwendungen für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage; Voraussetzung ist, daß die nach § 17 Abs. 1 zuständige Stelle auf Grund des Zeugnisses eines Amtsarztes oder eines von ihr bezeichneten Vertrauensarztes vor Beginn der Kur anerkannt hat, daß sie als Heilmaßnahme zur Erhaltung der Dienstfähigkeit notwendig ist und der gleiche Heilerfolg durch eine andere Behandlungsweise am Wohnort oder in nächster Umgebung nicht erwartet werden kann. Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

- (2) Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer Heilkur ist nicht zulässig,
1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist; eine Beschäftigung gilt als nicht unterbrochen während der Elternzeit und der Beurlaubung nach § 83 des Saarländischen Beamtengesetzes,
 2. nach Stellung des Antrages auf Entlassung,
 3. 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,
 4. solange der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist,
 5. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt worden ist, es sei denn, die Heilkur ist aus zwingenden medizinischen Gründen bei einer schweren chronischen Erkrankung oder nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung notwendig.

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kann zurückgenommen werden, wenn vor Gewährung der Beihilfe bekannt wird, daß das Dienstverhältnis des Beihilfeberechtigten vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur endet.

(2a) Bei Anwendung des Absatzes 2 Nummer 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.

(3) Beihilfen für Nachkuren werden nicht gewährt; Heilkuren in den Seeheilbädern sind nur beihilfefähig, wenn sie außerhalb der Zeit vom 15. Juni bis 15. September durchgeführt werden.

(4) Beihilfefähig sind neben Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 6, 8 und 11 die Kosten für

1. die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson, und den ärztlichen Schlußbericht,
2. Unterkunft und Verpflegung bis zum Betrage von 10 Euro täglich, bei schwerbehinderten Beihilfeberechtigten, für die die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson bis zum Betrage von 7 Euro täglich.

(5) Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer anderen nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als gleichwertig anerkannten Einrichtung sind für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig. Die Absätze 1 bis 4 gelten sinngemäß. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen.

§ 9 Beihilfefähige Aufwendungen bei zahnärztlichen Leistungen

(1) Neben Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind die gemäß § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert in Rechnung gestellten Kosten beihilfefähig. Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nr. 213 bis 232 sowie den Abschnitten F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind zur Hälfte beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden.

(2) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

(3) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen nach Maßgabe der folgenden Sätze beihilfefähig. Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer sind nur beihilfefähig bei Einzelzahnlücken, bei Freiendlücken, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen, oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen. Aufwendungen für mehr als vier Implantate pro Kiefer sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Bei der Ermittlung der Beihilfefähigkeit sind von bereits vorhandenen Implantaten nur diejenigen anzurechnen, die ganz oder teilweise aus Beihilfeleistungen finanziert sind. Dem Antrag auf Erstattung von Aufwendungen für implantologische Leistungen ist ein Zahnschema beizufügen.

(4) Aufwendungen für Leistungen nach Abschnitt C Nr. 214 bis 217 und 220 bis 224 sowie den Abschnitten F, J und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. Dies gilt ferner nicht, wenn der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

§ 10 Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsvorsorge

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen bei

1. 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. Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch zwölf Monate vor und nach dem Zeitintervall durchgeführt werden kann.
3. Frauen vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
5. Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an in jedem zweiten Jahr die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit

nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Nr. 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte.

§ 11 Beihilfefähige Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation

(1) Beihilfefähige Aufwendungen

1. für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen,
2. aus Anlaß eines beabsichtigten Schwangerschaftsabbruchs für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft,
3. für die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch oder eine nicht rechtswidrige Sterilisation.

(2) Aus Anlaß eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs oder einer nicht rechtswidrigen Sterilisation sind beihilfefähig die in § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 5, 6, 11 und 12 bezeichneten Aufwendungen.

§ 12 Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten

1. für die Hebamme und den Entbindungspfleger im Rahmen der Gebührenordnung,
2. für die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,
3. für die vom Arzt, der Hebamme oder dem Entbindungspfleger verbrauchten Stoffe und Verbandmittel sowie die auf schriftliche oder elektronische ärztliche Verordnung beschafften Stoffe, wie Arzneimittel, Verbandmittel und dergl.,
4. für die Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten; § 5 Abs. 1 Nummer 2 gilt entsprechend,
5. für eine Hauspflegerin bei Geburten (auch bei Fehl- und Totgeburten) in der Wohnung nur, wenn die Wöchnerin nicht bereits von einer Kraft nach § 5 Abs. 1 Nummer 4 gepflegt wird, für einen Zeitraum bis zu 14 Tagen, beginnend mit dem Tag der Geburt; § 5 Abs. 1 Nummer 4 Satz 3 ist anzuwenden,

6. für die durch die Niederkunft unmittelbar veranlaßten Fahrten; § 5 Abs. 1 Nummer 11 gilt entsprechend,
7. für Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung.

Zu den Aufwendungen für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird bei Lebendgeburten eine Beihilfe in Höhe von 128 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, daß ihm Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind; bei Mehrlingsgeburten erhöht sich die Beihilfe entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend für Personen, die zur Ableistung des Grundwehrdienstes ohne Dienstbezüge oder Anwärterbezüge beurlaubt sind. Die Beihilfe wird auch gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind unter zwei Jahren als Kind annimmt, es sei denn, daß für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung bereits eine Beihilfe gewährt worden ist.

§ 13 Beihilfefähige außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

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

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

1. sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nach Maßgabe der Absätze 1 und 3 zulässig,
3. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 550 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) Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinne der §§ 7 und 8 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn über die dort genannten Voraussetzungen hinaus vor Antritt der Reise

1. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland des Bundesministeriums des Innern und für Heimat aufgeführt oder in anderer Weise ersichtlich ist, dass die für die Durchführung von Heilkuren in der Bundesrepublik Deutschland vorgeschriebenen Qualitätsstandards erfüllt sind, die Voraussetzungen des § 8 vorliegen und
2. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der

wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 14 Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zur Höhe von 525 Euro, in Todesfällen von Kindern, sofern nach der Friedhofsordnung in diesen Fällen wesentlich geringere Kosten als bei einem Begräbnis Erwachsener entstehen, bis zur Höhe von 225,50 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, daß ihm hierfür Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. Steht für den Sterbefall Sterbe- oder Bestattungsgeld auf Grund von Rechtsvorschriften beziehungsweise von arbeitsvertraglichen Vereinbarungen oder ein Schadenersatz von insgesamt mindestens 1023 Euro zu, so beträgt die Beihilfe 307 Euro, in Sterbefällen von Kindern 205 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2045 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt.

(2) Ferner sind die Aufwendungen beihilfefähig für die Überführung der Leiche oder Urne

1. bei einem Sterbefall im Inland

- a) vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle oder
- b) vom Sterbeort zum nächstgelegenen Krematorium und
- c) vom Krematorium zur Beisetzungsstelle,

in den Fällen a und c jedoch nur bis zur Höhe der Überführungskosten an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes;

2. bei einem Sterbefall im Ausland

- a) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten auf einer Dienstreise in entsprechender Anwendung der Nummer 1,
- b) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei privatem Aufenthalt im Ausland bis zur Höhe der Kosten einer Überführung von der deutschen Grenze zum Familienwohnsitz,
- c) eines im Ausland wohnenden Versorgungsempfängers, seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder der im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines im Inland wohnhaften Beihilfeberechtigten, höchstens die Kosten einer Überführung für eine Entfernung von fünfhundert Kilometern.

(3) Kann der Haushalt beim Tode des den Haushalt allein führenden Elternteiles (§ 3 Abs. 1 Nummer 1 Buchstaben a und b) nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft bis zur Dauer von 6 Monaten bis zu der in § 5 Abs. 1 Nummer 5 genannten Höhe beihilfefähig, falls im Haushalt mindestens ein Kind unter 15 Jahren lebt. In Ausnahmefällen kann diese Frist von der Festsetzungsstelle auf 1 Jahr verlängert werden, § 5 Abs. 1 Nummer 4 Satz 3 und Nummer 5 Sätze 5 und 6 gelten entsprechend; § 5 Abs. 1 Nummer 5 Satz 5 jedoch nur, soweit es sich um die Unterbringung von Kindern handelt.

§ 15 Bemessung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe beträgt für Aufwendungen

- | | |
|--|-----------------|
| 1. des Beihilfeberechtigten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sowie für den entpflichteten Hochschullehrer | 50 vom Hundert, |
| 2. des Empfängers von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist, | 70 vom Hundert, |
| 3. des berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners | 70 vom Hundert, |
| 4. eines berücksichtigungsfähigen Kindes sowie einer Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, | 80 vom Hundert |

der beihilfefähigen Aufwendungen.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 der Bemessungssatz 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. Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

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

1. nach § 5 Nr. 5 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 6 als Aufwendungen der Mutter.

(3) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund 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. Ab 1. Juli 1994 gilt Satz 1 nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nrn. 1 bis 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt.

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte, zu deren Aufwendungen die gesetzliche Krankenversicherung eine entsprechende Kostenerstattung geleistet hat, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 vom Hundert der sich nach Anrechnung dieser Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen.

(5) Auf Antrag beträgt der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Angehörige 80 vom Hundert, wenn der Beitragsaufwand für die beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 vom Hundert der Versorgungsbezüge übersteigt. Der Antrag ist nur für die Zukunft zulässig.

(6) Im Falle einer Leichenüberführung wird zu den angemessenen Kosten eine Beihilfe in Höhe von 100 vom Hundert gewährt, wenn der Tod während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich angeordneten Umzugs außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten ist.

(7) Die Festsetzungsstelle kann in besonderen Ausnahmefällen, in denen zur Beseitigung offensichtlicher Härten eine Ausnahmeregelung zwingend geboten erscheint, den zustehenden Bemessungssatz erhöhen.

§ 16 Begrenzung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlaß gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentage-, Pflege- und Krankenhaustagegeldversicherungen unberücksichtigt. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in §§ 5 bis 14 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 12 Abs. 1 Sätze 2 bis 4 und Abs. 2 sowie § 14 Abs. 1 unberücksichtigt.

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen, auch wenn Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. Aufwendungen nach §§ 6 und 8 werden getrennt abgerechnet.

§ 17 Verfahren

(1) Die Beihilfen werden auf Antrag gewährt. Als Festsetzungsstelle entscheiden die obersten Dienstbehörden und die Universität des Saarlandes; im Landesbereich entscheidet das Landesamt für Zentrale Dienste – Zentrale Besoldungs- und Versorgungsstelle – (ZBS), sofern ihr die Entscheidungsbefugnis durch die jeweilige oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen und Europa übertragen worden ist. Im kommunalen Bereich kann die Ruhegehalts- und Zusatzversorgungskasse des Saarlandes die Aufgaben der Festsetzungsstelle für ihre Mitglieder übernehmen.

(2) Die Anträge sind unter Beifügung der Belege der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle vorzulegen. Die Festsetzungsstelle darf bei begründeten Zweifeln an der Echtheit eines Beleges, insbesondere bei Computerrechnungen ohne vorgedruckten Briefkopf, die erforderliche Auskunft unmittelbar beim Aussteller einholen. Es sind die von der Beihilfestelle herausgegebenen Formblätter zu verwenden. Die bei der Bearbeitung der Beihilfe bekanntgewordenen Angelegenheiten sind geheimzuhalten. Im übrigen gelten die Vorschriften des § 96 des Saarländischen Beamtengesetzes.

(3) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen (§ 4 Abs. 5 Satz 2), spätestens jedoch ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt hat. Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 6 Abs. 4 Satz 1 der letzte Tag des Monats, in dem diese Pflege erbracht wurde, nach § 12 der Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt, nach § 14 Abs. 1 der Todestag und bei Aufwendungen nach § 8 Abs. 4 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn der Adressat der Rechnung nicht der Beihilfeberechtigte selbst, sondern ein anderer Kostenträger ist. Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch.

(4) Eine Beihilfe kann nur beantragt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten beihilfefähigen Aufwendungen insgesamt mehr als 100 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so kann abweichend von Satz 1 eine Beihilfe beantragt werden.

(5) Die Auszahlung der Beihilfe erfolgt centgenau.

(6) Die Belege sind, sofern eine Rückgabe an den Beihilfeberechtigten erfolgt, als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich zu machen, wenn nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann, dass eine doppelte Berücksichtigung der Aufwendungen nicht möglich ist.

(7) Auf eine zu erwartende Beihilfe können angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden.

(8) Bei Beihilfen von mehr als 500 Euro, bei stationären Behandlungen oder Heilkuren von mehr als 1000 Euro hat der Beihilfeberechtigte die ihm von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege für die beihilfefähigen Aufwendungen noch drei Jahre nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Anfordern vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung verbleiben. Die Festsetzungsstelle hat ihn bei der Rückgabe der Belege darauf hinzuweisen.

(9) Ist eine vorgeschriebene vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ohne Verschulden und

nicht lediglich aus Unkenntnis verhindert war, die Anerkennung zu beantragen und die Antragstellung innerhalb eines Monats nach Wegfall des Hindernisses nachgeholt worden ist. Im übrigen gilt § 32 des Saarländischen Verwaltungsverfahrensgesetzes entsprechend.

(10) In begründeten Ausnahmefällen kann auf Antrag auch einem getrennt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen Beihilfe zu den eigenen Aufwendungen gewährt werden.

§ 18 Gewährung von Beihilfen in Todesfällen

Zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden waren und zu den in § 14 Absatz 1 und 2 genannten Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten wird Beihilfe gewährt. Sie ist, soweit nicht eine Pauschalbeihilfe zu gewähren ist, nach dem Vomhundertsatz zu bemessen, der dem Verstorbenen an dem Tag vor seinem Ableben zugestanden hätte.

§ 19 *) Übergangs- und Schlußvorschriften

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1963 in Kraft.

(2) Das Ministerium für Inneres, Bauen und Sport regelt, mit welchen Abweichungen die Verordnung auf die ins Ausland abgeordneten Beamten und die Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland anzuwenden ist.

*) Die Vorschrift betrifft das Inkrafttreten der Verordnung vom 11. Dezember 1962 (Amtsbl. S. 832).

Anlage 1 Psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1. Allgemeines

1.1 Im Rahmen des § 5 Abs. 1 Nr. 1 BhVO 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.

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

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

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

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

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

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

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

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet

(z. B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),

- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. schicksalhafte psychische Traumata),
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

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

2.3.1 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

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

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

2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere

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

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

2.4.1 Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

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

2.4.2.2 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

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

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

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

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

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

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

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

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

2.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- oder 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 Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

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

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

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50-minütiger Dauer nicht mehr als 10 Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100-minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert

werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

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

3.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung

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

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

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

3.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 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 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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

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

4. Psychosomatische Grundversorgung

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

4.1 Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:

- bei verbaler Intervention als einzige Leistung 25 Sitzungen;
- bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;
- bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

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

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

4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendli-

chenpsychotherapeuten erbracht wird, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.

4.4 Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

5. Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

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

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

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

Anlage 2 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden und Mittel

1. Allgemein

Die Gewährung einer Beihilfe zu Aufwendungen für eine Behandlung oder ein Mittel setzt voraus, dass die Wirksamkeit der Behandlung oder des Mittels aus therapeutischer Sicht von der medizinischen Wissenschaft allgemein anerkannt und durch Erfahrung erprobt ist. Diese Voraussetzungen liegen nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse bei in der Praxis verschiedentlich angewandten Behandlungen und Mitteln nicht vor. Für solche Behandlungsmethoden und Mittel kann daher eine Beihilfe nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen gewährt werden.

2. Behandlungen, zu deren Aufwendungen eine Beihilfe nicht zu gewähren ist:

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. ACTICell-Therapie)
- Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
- Ayurvedische Behandlungen, z. B. nach Maharishi

B

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

C

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

E

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

F

- Frischzellentherapie

G

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

H

- Heileurythmie
- Höhenflüge zur Keuchhustenbehandlung oder Asthmabehandlung

I

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

K

- Kariesdetektor-Behandlung
- Kinesiologische Behandlung
- Kirlian-Fotografie
- Kombinierte Serumtherapie (z. B. Wiedemann-Kur)
- Konduktive Förderung nach Petö, sofern nicht als heilpädagogische Behandlung bereits von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

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

R

- Radiale Stoßwellentherapie
- Regeneresen-Therapie

- Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- Rolfing-Behandlung

S

- Schwingfeld-Therapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Paradontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeines

Z

- Zellmilieu-Therapie

3. Behandlungen, zu deren Aufwendungen eine Beihilfe gewährt werden kann, wenn sie auf Grund der ärztlichen Diagnose notwendig und die genannten Bedingungen erfüllt sind:

- Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten (z. B. mit Aludrin).
- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.
- Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich für die Behandlung der tendinosis calcarea (Kalkschulter), der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche) oder des fasziitis plantaris (Fersensporn). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach GOÄ-Ziffer 1800 beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.
- Gasinsufflationen (Ozontherapie), wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund eines Gutachtens des Amtsarztes oder eines von ihr bestimmten Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung) bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.
- Klimakammerbehandlungen, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle aufgrund eines Gutachtens des Amtsarztes oder eines von ihr bestimmten Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- Magnetfeldtherapie, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung.
- Prostata-Hyperthermie-Behandlung bei Krebsbehandlung.

- Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalfachberufe (z. B. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 des Verzeichnisses der beihilfefähigen Höchstbeträge für ärztlich verordnete Heilbehandlungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 8 i. V. m. Absatz 2 Satz 1 Buchstabe b) BhVO zugeordnet.
- Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

4. Mittel, zu deren Kosten eine Beihilfe nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen gewährt werden kann:

4.1 Nicht beihilfefähig sind Mittel, die entweder keine Arzneimittel sind oder deren Wirksamkeit aus therapeutischer Sicht nicht anerkannt ist. Die Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien/AMR) des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind in der jeweils geltenden Fassung entsprechend anzuwenden.

4.2 Eine Ausnahme von dem Ausschluss der Beihilfefähigkeit dieser Mittel ist nur zuzulassen, wenn in einem schweren lebensbedrohenden Krankheitsfall das Mittel von einem Arzt verordnet wurde, der Amts- oder ein von der Festsetzungsstelle bezeichneter Vertrauensarzt die Anwendung dieses Mittels für dringend erforderlich hält und eine vorangegangene Behandlung mit wissenschaftlich anerkannten Arzneimitteln keinen Erfolg gebracht hat.

Anlage 3 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilbehandlungen

1. Verzeichnis der beihilfefähigen Heilbehandlungen

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	10,10
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
4	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	55,00
5	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	25,70
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,30
7	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	47,80
8	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmer	10,80
9	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten je Teilnehmer	14,30
10	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	72,30
11	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,70
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
12	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70
13	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00
14	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	11,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,90
15	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,60
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
16	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
17	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen); Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	46,20
18	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Massagen		
19	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	21,20
20	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	29,30
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	43,90
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,50
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	18,70
21	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50
Bereich Palliativversorgung		
22	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
23	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
24	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	36,20
	bb) Großpackung	47,80
25	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
26	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
27	Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
28	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10
29	Trockenpackung	4,10
30	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
31	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
32	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10
	b) Vollbad	17,60
33	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
34	Naturmoorbade einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30
	b) Vollbad	52,70
35	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90
	b) Vollbad	43,30
36	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
37	Medizinisches Bad mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
38	Gashaltiges Bad	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,10
39	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 37 Buchstabe a bis c und nach Nummer 38 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 37 Buchstabe d beihilfefähig.	
Bereich Kälte- und Wärmebehandlung		
40	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
41	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
42	Ultraschall-Wärmetherapie	12,00
Bereich Elektrotherapie		
43	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
44	Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
45	Iontophorese	8,20
46	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
47	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig	108,00
49	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig	51,70
50	Bericht an die verordnende Person	5,80
51	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	103,40
52	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	46,00
	b) Richtwert: 45 Minuten	63,20
	c) Richtwert: 60 Minuten	80,50
	d) Richtwert: 90 Minuten	103,40
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	
53	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	56,90
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	103,40
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Patienten und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		
54	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
55	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	54,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	128,20
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
	aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
	bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
56	Gruppenbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	16,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmer	37,90
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	70,20
57	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	46,20
58	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
Bereich Podologie		
59	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	30,70
60	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	44,00
61	Podologische Befundung, je Behandlung	3,00
62	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
63	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
64	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell, einschließlich Applikation	64,80
65	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
66	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Bereich Ernährungstherapie		
67	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	67,90
68	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – beihilfefähig	55,50
69	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – beihilfefähig	55,50
70	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	34,00
71	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	23,80
Bereich Sonstiges		
72	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
73	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges je gefahrener Kilometer nach dem erhöhten Satz der Wegstreckenentschädigung nach § 6 Absatz 2 des Saarländischen Reisekostengesetzes oder in Höhe der niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
74	Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 72 und 73 nur anteilig je Patient beihilfefähig.	
<p>Richtwert im Sinne des Verzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.</p>		
<p>Die Nummern 55 bis 58 des bisherigen Verzeichnisses gehen in der neuen Nummer 59 und die Nummern 59 und 60 des bisherigen Verzeichnisses in der neuen Nummer 60 auf. Bei den neuen Nummern kommt es entsprechend den maßgeblichen Verträgen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung nur auf den Zeitansatz (Richtwert) an, nicht darauf, ob ein Fuß oder beide Füße behandelt werden.</p>		

2.1 Aufwendungen für eine EAP nach Nummer 16 des Verzeichnisses sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist und bei einer der folgenden Indikationen angewendet wird:

- a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
 - bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
 - ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose von mehr als 50 ° nach Cobb,
- b) Operationen am Skelettsystem bei
 - aa) posttraumatischen Osteosynthesen,
 - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
- c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulären Defiziten bei
 - aa) Schulterprothesen,
 - bb) Knieendoprothesen,
 - cc) Hüftendoprothesen,
- d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
 - aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
 - bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
 - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
 - ccc) schwere Schultersteife (frozen shoulder),

- ddd) Impingement-Syndrom,
- eee) Schultergelenkluxation,
- fff) tendinosis calcarea,
- ggg) periathritis humero-scapularis,
- cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
- e) Amputationen.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist zudem eine Verordnung von

- a) einem Krankenhausarzt,
 - b) einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
 - c) einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
 - d) einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.
- 2.2 Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
- 2.3 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
- a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
 - b) Physikalische Therapie,
 - c) MAT.
- 2.4 Werden Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Nummer 16 des Verzeichnisses abgegolten.
- 2.5 Der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.
- 3.1 Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes MAT nach Nummer 17 des Verzeichnisses mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn
- a) das Training verordnet wird von
 - aa) einem Krankenhausarzt,
 - bb) einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
 - cc) einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
 - dd) einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,
 - b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und
 - c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.
- 3.2 Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.

- 3.3 Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von einem Arzt erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:
- a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog. Aufwendungen für eine Kontrolluntersuchung (Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) nach Abschluss der Behandlungsserie sind beihilfefähig.
 - b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen (Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog), zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings (Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) und begleitender krankengymnastischer Übungen (Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte). Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 506, Nummer 558 analog sowie Nummer 846 analog der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.
- 3.4 Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 17 des Verzeichnisses.
- 3.5 Aufwendungen für Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen nach 3.1 entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.
- 4.1 Aufwendungen für Palliativversorgung nach Nummer 22 des Verzeichnisses sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung umfasst sind.
- 4.2 Aufwendungen für Palliativversorgung werden als beihilfefähig anerkannt bei
- a) passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,
 - b) aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,
 - c) atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,
 - d) spastischen Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt),
 - e) schlaffen Lähmungen,
 - f) abnormen Bewegungen/Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,
 - g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,
 - h) funktionellen Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herzkreislauf-Erkrankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),
 - i) unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

- 4.3 Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Nummer 22 des Verzeichnisses umfassen folgende Leistungen:
- a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,
 - b) Wahrnehmungsschulung,
 - c) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),
 - d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),
 - e) angepasstes, gerätegestütztes Training,
 - f) Anwendung entstauer Techniken,
 - g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung,
 - h) ergänzende Beratung,
 - i) Begleitung in der letzten Lebensphase,
 - j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,
 - k) Hilfsmittelversorgung,
 - l) interdisziplinäre Absprachen.
5. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass das Heilmittel in einem der folgenden Bereiche und von einer der folgenden Personen angewandt wird und dass die Anwendung dem Berufsbild des Leistungserbringers entspricht:
- 5.1 Bereich Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
- a) Physiotherapeut,
 - b) Masseur und medizinischer Bademeister,
 - c) Krankengymnast,
- 5.2 Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- a) Logopäde,
 - b) staatlich anerkannter Sprachtherapeut,
 - c) staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,
 - d) medizinischer Sprachheilpädagoge,
 - e) klinischer Linguist,
 - f) klinischer Sprechwissenschaftler,
 - g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch
 - aa) Sprachheilpädagoge,
 - bb) Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - cc) Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - dd) Diplomerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - h) Diplompatholinguist,

5.3 Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

- a) Ergotherapeut,
- b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,

5.4 Bereich Podologie

- a) Podologe,
- b) medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,

5.5 Bereich Ernährungstherapie

- a) Diätassistent,
- b) Oecotrophologe,
- c) Ernährungswissenschaftler.

Anlage 4 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

1. Allgemeines

Zu den Hilfsmitteln zählen auch Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke. Die Hilfsmittel müssen vom Arzt (ggf. Amts- oder Facharzt) auch hinsichtlich ihrer Art schriftlich oder elektronisch verordnet sein. Hiervon ausgehend können, soweit nachfolgend Höchstbeträge nicht festgelegt sind, die Auslagen für eine angemessene Ausführung als beihilfefähig anerkannt werden.

2.1 Zu den Hilfsmitteln und Apparaten zur Selbstkontrolle und Selbstbehandlung gehören insbesondere:

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
Augenschielklappe, auch als Folie

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

Closett-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
 Gehgipsgalosche
 Gehhilfen und -übungsgeräte
 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
 Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien
 Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)
 Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)
 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
 Gipsbett, Liegeschale
 Glasstäbchen
 Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz
 Gummistrümpfe
 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
 Handgelenkriemen
 Hebekissen
 Heimdialysegerät
 Helfende Hand, Scherenzange
 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
 Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör
 Hörgeräte (HdO, Taschengeräte,
 Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik, IdO-Geräte bis zur Höhe der Kosten von HdO-Geräten)
 Hüftbandage (z. B. Hohmann-Bandage)
 Impulsvibrator
 Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör
 Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
 Innenschuh, orthopädischer
 Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
 Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen
 Ipos-Vorfußentlastungsschuh
 Kanülen und Zubehör
 Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
 Klumpfußschiene
 Klumphandschiene
 Klyso
 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebralparetischen Kindern

Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation
Knöchel- und Gelenkstützen
Körperersatzstücke einschl. Zubehör
Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
Kordinator nach Schielbehandlung
Kopfring mit Stab,
Kopfschreiber
Kopfschützer
Krabblerrahmen für Spastiker
Krampfaderröhrchen
Krankenfahrstuhl mit Zubehör
Krankenstock
Kreuzstützbandage
Krücke

Latextrichter bei Querschnittslähmung
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, Auflagege-
stell)
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 Aufwen-
dungen 64 Euro übersteigen
Milchpumpe
Mundsperrerrahmen
Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

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

Pavlikbandage
Penisklemme
Peroneusschiene, Heidelberger Winkel
Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung
Polarimeter

Quengelschiene

Reflektometer
Rektophor
Rollbrett
Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen
Schede-Rad
Schrägliegebrett
Schutzbrille für Blinde
Schutzhelm für Behinderte
Schwellstromapparat
Segofix-Bandagensystem
Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

Skolioseumkrümmungsbandage
 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
 Sphinkter-Stimulator
 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
 Spreizfußbandage
 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
 Spritzen
 Stehübungsgerät
 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
 Strickleiter
 Stubbies
 Stumpfschuhhülle
 Stumpfstrumpf
 Suspensorium
 Symphysen-Gürtel
 (Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
 Teleskoprampe
 Tinnitus-Masker, auch in Kombination mit Hörgeräten
 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
 Tragegurtsitz
 Übungsschiene
 Urinale
 Urostomie-Beutel
 Vibrationstrainer bei Taubheit
 Wasserfeste Gehhilfe
 Wechseldruckgerät
 Wright-Peak-Flow-Meter
 Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2.2 Voraussetzung für die Anerkennung von Apparaten und Geräten zur Selbstbehandlung ist, dass die Selbstbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung unbedenklich ist und hierdurch gegenüber einer sonst notwendigen stationären oder ambulanten Behandlung eine fühlbare Kostenersparnis entsteht oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.

2.3 Die Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.

2.4 Die 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 des bisherigen Hilfsmittels oder Gerätes erfolgt.

2.5 Die Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung, jedoch nur bis zur Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen einer Ersatzbeschaffung beihilfefähig.

2.6 Die notwendigen Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind nur beihilfefähig, soweit sie monatlich den Betrag von 5 Euro übersteigen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

2.7 Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind beihilfefähig.

2.8 Aufwendungen für Erektionshilfen sind nicht beihilfefähig.

3. Perücke

Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Perücke sind bis zum Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata) oder eine erhebliche Verunstaltung, z. B. infolge Schädelverletzung, oder wenn ein totaler oder weitgehender Haarausfall bei männlichen Personen vor Vollendung des 25. Lebensjahres oder bei weiblichen Personen vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für eine 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 Zeitraums die Kopfform geändert hat.

4. Sehhilfen

Voraussetzung für die beihilferechtliche Anerkennung der Aufwendungen einer erstmalig beschafften Sehhilfe ist die schriftliche oder elektronische Verordnung des Augenarztes.

Für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers. Die Aufwendungen für diese Leistung sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.

Für Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind Sehhilfen beihilfefähig, wenn auf Grund der Sehschwäche oder Blindheit entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung beide Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen.

4.1 Brille

Aufwendungen für eine Brille sind – einschließlich Handwerksleistungen, jedoch ohne Brillenfassung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

– für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis + /- 6 Dioptrien (dpt):			
Einstärkengläser:	sph. Glas	=	31 Euro
	cyl. Glas	=	41 Euro
Mehrstärkengläser:	sph. Glas	=	72 Euro
	cyl. Glas	=	92,50 Euro
– bei Gläserstärken über + /- 6 Dioptrien (dpt):			
	zuzüglich je Glas		21 Euro
– Dreistufengläser oder Multifokalgläser:			
	zuzüglich je Glas		21 Euro
– Gläser mit prismatischer Wirkung:			
	zuzüglich je Glas		21 Euro.

4.2 Brille mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für eine Brille mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nummer 4.1 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

a) Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser)

- zuzüglich je Glas bis zu 21 Euro
- bei Gläserstärken ab + /- 6 dpt.,
- bei Anisotropien ab 2,0 dpt.,
- unabhängig von der Gläserstärke

aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,

bb) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere

im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,

cc) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

b) Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas bis zu 11 Euro

- bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
- 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 Ziliarneuralgie,
- bei blendungsbedingten 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 + 10,0 dpt.,
- im Rahmen einer Fotochemotherapie,
- bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

4.3 Kontaktlinsen

Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Sofern ein solcher Ausnahmefall vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154 Euro (sphärisch) und 230 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig. Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig. Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen nach Satz 1 sind die folgenden Aufwendungen im Rahmen der Nummern 4.1 und 4.2 beihilfefähig für

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

4.4 Andere Sehhilfen

Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, werden die notwendigen Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang als beihilfefähig anerkannt:

- Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 4.1 und 4.2, die Voraussetzungen nach Nr. 4.2.a) entfallen
- eine Brillenfassung bis zu 52,00 Euro.

Lässt sich durch die Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können die Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineal, Fernrohrbrille, Fernrohrlupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u. Ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.

4.5 Erneute Beschaffung einer Sehhilfe

Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe sind nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraumes die erneute Beschaffung einer Sehhilfe – ggf. nur der Gläser – notwendig ist, weil

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

4.6 Die Aufwendungen für

- Bildschirmbrillen,
- Brillenversicherungen,
- Einmalkontaktlinsen,
- Etuis

sind nicht beihilfefähig.

4.7 Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) Anschaffungskosten für zwei Langstöcke sowie ggf. für elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung.
- b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes, Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
 - aa) Unterrichtsstunde à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden, 56,43 Euro,
 - bb) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten Takt anteilig berechnet wird, 44,87 Euro,
 - cc) Fahrkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenem Kilometer nach dem erhöhten Satz der Wegstreckenentschädigung nach § 6 Abs. 2 des Saarländischen Reisekostengesetzes oder in Höhe der niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
 - dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist, 26,00 Euro.

Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

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

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

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

5. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, deren Anschaffungskosten den Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung als Gebrauchsgüter des täglichen Lebens unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk
 Adju-Set/-Sano
 Angorawäsche
 Aqua-Therapie-Hose
 Arbeitsplatte zum Rollstuhl
 Augenheizkissen
 Autofahrerrückenstütze
 Autokindersitz
 Autokofferraumlifter
 Autolifter
 Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte
 Bandagen (soweit nicht unter Nummer 2.1 aufgeführt)
 Basalthermometer
 Basisrampe
 Bauchgurt
 Behindertenstuhl „eibe“
 Berkemannsandalen
 Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie
 Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
 Bett-Tisch
 Bidet
 Bill-Wanne
 Blinden-Schreibsystem
 Blinden-Uhr
 Blutdruckmessgerät
 Brückentisch
 Corolle-Schuh
 Dusche
 Einkaufsnetz
 Einmal-Handschuhe
 Eisbeutel und -kompressen
 Elektrische Schreibmaschine
 Elektrische Zahnbürste
 Elektrofahrzeuge (z. B. LARK, Graf Carello)
 Elektro-Luftfilter
 Elektronik-Muscle-Control (EMC 1000)
 Elektronisches Notizbuch
 Ess- und Trinkhilfen
 Expander
 Farberkennungsgerät

Fieberthermometer
(Funk-)Lichtwecker
Fußgymnastik-Rolle,
Fußwippe (WIP-Venentrainer)
Ganter-Aktiv-Schuhe
(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge
Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 2.1 aufgeführt)
Handtrainer
Hängeliege
Hantel (Federhantel)
Hausnotrufsystem
Hautschutzmittel
Heimtrainer
Heizdecke/-kissen
Hilfsgeräte für die Hausarbeit
Holzsandalen
Höhensonne
Hörkissen
Hörkragen Akusta-Coletta
Intraschallgerät „NOVAFON“
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)
Ionopront, PermoX-Sauerstofferzeuger
Katapultsitz
Katzenfell
Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 2.1 erfasst)
Knickfußstrumpf
Knoche Natur-Bruch-Slip
Kolorimeter
Kommunikationssystem
Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung
Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidekubitusbett)
Krankenunterlagen
Kreislaufgerät „Schiele“
Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
Language-Master
Linguaduc-Schreibmaschine
Luftpolsterschuhe
Luftreinigungsgeräte
Magnetfolie
Monophonator
Munddusche
Nackenheizkissen
Nagelspange Link
Öldispersionsapparat
Orthopädische Bade- und Turnschuhe
Prothesenschuh
Pulsfrequenzmesser
Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben
Rotlichtlampe
Rückentrainer
Salbenpinsel
Sauerstoffgeräte

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

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

Übungsmatte
Umweltkontrollgerät
Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen

Waage
Wandstandgerät
WC-Sitz

Zahnpflegemittel
Zehenkorrektursandale
Zweirad für Behinderte.

Ausführungsvorschriften (AV) zur Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfeverordnung – BhVO)

vom 10. September 2009 (Amtsbl. S. 1576)

Folgende Änderungen sind berücksichtigt:

- VwV v. 26.05.2011 (Amtsbl. II S. 494); In-Kraft-Treten 26.05.2011
- G. v. 28.06.2012 (Amtsbl. II S. 723); In-Kraft-Treten 28.06.2012
- G. v. 17.09.2013 (Amtsbl. II S. 1074); In-Kraft-Treten 17.09.2013
- Erlass v. 26.08.2014 (Amtsbl. II S. 804); In-Kraft-Treten 26.08.2014
- Erlass v. 22.07.2015 (Amtsbl. II S. 931); In-Kraft-Treten 04.09.2015
- Erlass v. 11.07.2017 (Amtsbl. I S. 710); In-Kraft-Treten 18.08.2017
- VwV v. 23.04.2018 (Amtsbl. I S. 338); In-Kraft-Treten 14.06.2018
- VwV v. 03.09.2019 (Amtsbl. I S. 808); In-Kraft-Treten 01.11.2019
- VwV v. 01.07.2020 (Amtsbl. I S. 597); In-Kraft-Treten 17.07.2020
- G. v. 14.10.2020 (Amtsbl. I S. 1042); In-Kraft-Treten 30.10.2020
- Erlass v. 04.05.2021 (Amtsbl. I S. 1562); In-Kraft-Treten 10.06.2021
- VwV v. 20.01.2022 (Amtsbl. I S. 434); In-Kraft-Treten 03.03.2022

AV zu § 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.

AV zu § 2**Zu Absatz 1**

Beihilfeberechtigt sind die unter Nummer 1 bis 3 genannten Personen, wenn sie im Zeitpunkt der Entstehung der Aufwendungen laufende Bezüge erhalten. Eine Beihilfe ist unter dieser Voraussetzung auch einem bereits ausgeschiedenen oder zu einem anderen Dienstherrn abgeordneten oder übergetretenen Beamten zu gewähren. Nicht beihilfefähig sind grundsätzlich Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind, in dem der Beihilfeberechtigte ohne Bezüge beurlaubt war; die Aufwendungen können bei Anerkennung des dienstlichen Interesses oder aufgrund öffentlicher Belange an der Beurlaubung berücksichtigt werden.

Zu Absatz 2

Beim Zusammentreffen von verschiedenen Beihilfeberechtigungen bedarf es einer ausdrücklichen Klarstellung des Ordnungsgebers, inwieweit die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger ausgeschlossen sein soll (Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Urteil vom 22. Juni 2015 – 14 BV 14.2067). Der Ausschluss der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger nach der BhVO erstreckt sich auf die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 3 Absatz 2 und § 15 Absatz 1; AV Nummer 2 Satz 2 zu § 3 Absatz 2 gilt entsprechend. Ein auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften selbst beihilfeberechtigtes Kind ist von der Berücksichtigungsfähigkeit ausgeschlossen und kann somit nicht zu einer Erhöhung des Bemessungssatzes beim Elternteil führen (vgl. Mildenerger, Beihilferecht in Bund, Ländern und Kommunen, § 46 BBhV, Anmerkung 11). Da durch eigene Einkünfte eines Kindes eine gewisse wirtschaftliche Selbstständigkeit entsteht und insgesamt das Familieneinkommen steigt, ist ein Schutzbedürfnis des beihilfeberechtigten Elternteils hier nicht gegeben.

Zu Absatz 3

Eine Unterbrechung der Tätigkeit im öffentlichen Dienst im Sinne der Nummer 1 liegt vor, wenn der Beihilfeberechtigte an einem oder mehreren Werktagen, an denen üblicherweise Dienst getan wird, nicht im Dienst gestanden hat. Dies gilt nicht für die Zeit, die zwischen zwei Dienstverhältnissen zur Ausführung eines Umzuges benötigt wurde.

Zu Absatz 4

Wird ein Beamter zu einem anderen Dienstherrn innerhalb des Geltungsbereiches der BhVO abgeordnet, so hat er für die nach der Abordnung entstehenden Aufwendungen einen Anspruch auf Beihilfe gegen den Dienstherrn, zu dem er abgeordnet ist. Bei Abordnung zu einem Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereiches der BhVO behält er auch insoweit seinen Anspruch gegenüber dem abordnenden Dienstherrn, bis er von dem Dienstherrn, zu dem er abgeordnet ist, nach dem bei diesem geltenden Beihilferecht Beihilfen erhält.

Eine Abordnung oder Versetzung liegt nicht vor, wenn ein Beamter im Vorbereitungsdienst einem anderen Dienstherrn zur Ausbildung zugewiesen wird.

AV zu § 3**Zu Absatz 1**

1.1 Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 2 Absatz 2 Satz 1 zu beachten.

1.2 Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, ist Beihilfe dem Beihilfeberechtigten zu gewähren, bei dem der Betreffende bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger war; ausgenommen bei Witwen, Witwern und Waisen.

Zu Absatz 2

1. Für die Höhe der Einkünfte und Bezüge von Kindern besteht steuerrechtlich keine zahlenmäßige Betragsgrenze. Maßgebend sind die steuerrechtlichen Kriterien einer Erwerbstätigkeit hinsichtlich Stundenzahl, Ausbildung oder Geringfügigkeit der Beschäftigung.

1.1 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 oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden.

1.2 Ein Anspruch auf Beihilfe für Kinder als berücksichtigungsfähige Angehörige besteht grundsätzlich so lange, wie der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt wird. Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird. Dies gilt nicht, soweit die Überzahlung auf Zeiten entfällt, in denen der Beihilfeberechtigte den Wegfallgrund bereits kannte oder hätte kennen müssen.

1.3 Nummer 1.1 und 1.2 der AV zu Absatz 1 gelten entsprechend.

2.1 Kinder, die im Wintersemester 2006/2007 als Studierende eingeschrieben sind, gelten für die Dauer des Studiums als berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne dieser Vorschrift, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, zuzüglich geleisteter Wehr- und Zivildienstzeiten oder davon befreiender zeitlich entsprechender Tätigkeiten, z. B. als Entwicklungshelfer. Eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 15 Abs. 1 Satz 2 bei zwei oder mehreren Kindern erfolgt nicht. Die Einschreibung muss an einer staatlichen, staatlich anerkannten oder vergleichbaren Hochschule erfolgt sein.

2.2 Befinden sich Kinder nach Vollendung des 25. Lebensjahres noch in Schul- oder Berufsausbildung, sind sie weiter berücksichtigungsfähig, wenn die Ausbildung durch einen freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes unterbrochen oder verzögert worden ist. Die Dauer der weiteren Berücksichtigungsfähigkeit entspricht der Dauer des abgeleisteten Dienstes, insgesamt höchstens zwölf Monate.

Zu Absatz 4

1. Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften nicht ausgeschlossen. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht.

Wird einem teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines Beamten der aus tarifrechtlichen Gründen zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, so besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen (z. B. § 4 Abs. 7) erfüllt sind. Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die aus tarifrechtlichen Gründen zustehende Beihilfe abzuziehen (§ 4 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 1).

2. Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen. Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

3. Absatz 4 ist nicht anzuwenden bei privat krankenversicherten Versorgungsempfängern, die eine Teilzeitbeschäftigung als Tarifbeschäftigte im öffentlichen Dienst ausüben und aufgrund ihres dienstrechtlichen Status weder einen Beitragszuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten noch nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig sind. In diesen Fällen verdrängt die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.

4. Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch der beamteten beihilfeberechtigten Person.

Zu Absatz 5

Eine andere als die vorgesehene Zuordnung der Aufwendungen für ein Kind ist ausnahmsweise möglich, wenn Gründe, die in besonderen familiären Verhältnissen liegen, (z. B. Scheidung oder Getrenntleben) dies erfordern. Eine erforderlich werdende Antragstellung bei einer anderen als der bisherigen Beihilfestelle stellt für sich alleine keinen Grund für eine Ausnahme dar. Ist eine andere Beihilfestelle beteiligt, ist die abweichende Zuordnung mit deren Einverständnis zu verfügen. Auf die Vorlage von Originalbelegen kann verzichtet werden, wenn sichergestellt ist, dass eine doppelte Berücksichtigung der Aufwendungen nicht möglich ist.

AV zu § 4

Zu Absatz 1

1. Die Notwendigkeit und Angemessenheit der geltend gemachten Aufwendungen sind im Einzelfall zu überprüfen. Sofern die Aufwendungen ihrem Grunde nach notwendig sind, sind sie in der Regel auch als angemessen anzusehen. Aufwendungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind nicht beihilfefähig. 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 angesehen werden.

1.1 Die Beihilfe muss grundsätzlich sicherstellen, dass Beihilfeberechtigte nicht mit erheblichen Aufwendungen belastet bleiben, die unabwendbar sind und denen sie sich nicht entziehen können, vgl. Verwaltungsgericht des Saarlandes, Urteil vom 27. Juni 2017 – 6 K 2441/16. Einschränkungen und Ausschlüsse dürfen nicht in Widerspruch stehen zu der grundsätzlichen Entscheidung, für bestimmte Leistungen Beihilfe zu gewähren. Aus zivilrechtlicher Sicht nicht zu beanstandende Kosten, die Beihilfeberechtigte realistisch aufwenden müssen, um die Behandlung tatsächlich zu erlangen, sind daher als Ausgangspunkt der Bewertung der Angemessenheit heranzuziehen, vgl. Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 12. November 2009 – 2 C 61/08.

1.2 Nicht notwendig sind medizinisch nicht indizierte Maßnahmen, insbesondere ästhetische Operationen, Tätowierungen und Piercing. Dies gilt auch für Behandlungen als Folge dieser Maßnahmen, soweit es sich nicht um die Behandlung einer Krankheit handelt.

1.3 Als angemessen können auch Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen gesetzlicher Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, von Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder von anderen Beihilfeträgern mit Leistungserbringern erbracht worden sind, gesehen werden, insbesondere wenn dadurch im Vergleich zu einer ansonsten erfolgenden anderweitigen Abrechnung der Aufwendungen Kosten eingespart werden. Das Ministerium für Inneres, Bauen und Sport kann im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen und Europa den Beitritt des Landes als Beihilfeträger zu solchen Vereinbarungen sowie die einmalige oder laufende Beteiligung des Landes als Beihilfeträger in Einzelfällen an allgemeinen, nicht individualisierbaren Maßnahmen erklären.

2. Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen – auch für ungezielte umfassende Untersuchungen (sog. Check up) – sind nur nach Maßgabe des § 10 beihilfefähig.

3. Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Fahr- und Unterkunftskosten (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12) notwendig, wenn dies durch einen Arzt ausdrücklich bestätigt wird.

4. Die Beihilfefähigkeit von Schutzimpfungen ist nach den amtlichen Impfpfehlungen zu beurteilen, die von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium des Saarlandes herausgegeben werden. Im Übrigen sind die Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommission und die Schutzimpfungs-Richtlinien (SiR) des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung heranzuziehen.

5. Legasthenie ist keine Erkrankung im Sinne des Absatz 1. Aufwendungen für ihre Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.

6. Nachgewiesene Aufwendungen für die Hinzuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers oder einer Kommunikationshilfe sind bis zur Höhe der im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz vorgesehenen Sätze für Dolmetscher beihilfefähig.

6.1 Es gelten die gleichen Voraussetzungen wie für den Anspruch auf eine Kommunikationshilfe im Verwaltungsverfahren. Notwendige Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind beihilfefähig bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Untersuchung und Behandlung, bei Verabreichung von Heilmitteln, bei Versorgung mit Hilfsmitteln, Zahnersatzversorgung oder Pflegeleistungen, wenn in Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde. Die Notwendigkeit für den Einsatz einer Kommunikationshilfe ist gegeben, wenn im Einzelfall der Informationsfluss zwischen leistungserbringenden und beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen nur auf diese Weise gewährleistet werden kann.

6.2 Als Kommunikationshilfe kommen nach der Kommunikationshilfeverordnung zugelassene Hilfen in Betracht. Die Beihilfefähigkeit beschränkt sich grundsätzlich auch dann auf den individuellen Bemessungssatz, wenn die ergänzende Krankenversicherung entsprechende Leistungen nicht gewährt. Anders als im Verwaltungsverfahren ist die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe z. B. beim Arztbesuch Sache der Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

7. Bei Krebserkrankungen sind die personenbezogenen Kosten für Meldungen der Neuerkrankung an einem Tumor sowie der zu übermittelnden klinischen Daten an das jeweilige klinische Krebsregister beihilfefähig und können auch von den jeweiligen Stellen gegenüber der Beihilfestelle mit dem auf die Beihilfe entfallenden Anteil geltend gemacht werden, § 65c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Absatz 2

1. Bei der Festsetzung der Beihilfen hat die Festsetzungsstelle (§ 17 Abs. 1) bei ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) – einschließlich der auf der Grundlage der GOÄ bzw. GOZ ergangenen analogen Bewertungen – zu beachten. Diese stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien

auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zugrunde zu legen sind. 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.

1.1 Nach § 6 Abs. 2 GOÄ können selbstständige ärztliche Leistungen, die nicht in das Gebührenverzeichnis der GOÄ aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses analog berechnet werden. Die Aufnahme dieser Leistungen in das Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ) der Bundesärztekammer ist für die Bewertung von erheblicher Bedeutung, aber keine rechtliche Voraussetzung für eine Analogbewertung und damit für die Beihilfefähigkeit. Sofern eine ärztliche Leistung noch nicht darin aufgenommen ist, hat die Festsetzungsstelle daher im konkreten Einzelfall zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 GOÄ vorliegen, d. h. eine analoge Bewertung überhaupt zulässig und die Aufwendung der Höhe nach beihilferechtlich angemessen ist. Dabei kommt eine Anfrage bei der Bundesärztekammer oder bei den Berufsverbänden in Betracht. Fälle grundsätzlicher Bedeutung sind dem Ministerium für Inneres und Sport vorzulegen, um eine einheitliche Handhabung im Geltungsbereich sicherzustellen.

1.2 Die Frage der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ärztliche Behandlungen ist im Übrigen nach dem allgemeinen beihilferechtlichen Grundsatz der Notwendigkeit und Angemessenheit zu beurteilen. Die Gebührenordnung für Ärzte enthält in ihrem Textteil wie auch im Gebührenverzeichnis in der Regel keine konkrete Aussage dazu, wie oft die einzelnen Leistungen berechnet werden dürfen, es bestehen keine grundsätzlichen Regelungen in Form einer Begrenzung auf Indikationen oder Anzahl der Arzttermine. Bei Zweifeln über die Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen besteht für die Beihilfestelle die Möglichkeit, ein amtsärztliches Gutachten einzuholen. Bei der jeweiligen Entscheidung über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bestehen gegen eine Heranziehung eines Maßstabes aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich keine Bedenken, soweit dieser sich im Übrigen mit den gebührenrechtlichen und beihilferechtlichen Vorgaben vereinbaren lässt. Ohne gebühren- und beihilferechtliche Grundlage ist eine generelle Beschränkung der Beihilfefähigkeit von ärztlichen Leistungen auf die Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung – z. B. auf bestimmte Indikationen – nicht zulässig.

1.3 Für zahnärztliche Leistungen nach § 6 Absatz 1 GOZ gelten die Ausführungsvorschriften 1.1 und 1.2 entsprechend.

2. Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 4 Abs. 2) sind die Gebühren nach der GOÄ und GOZ auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt oder 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 (z. B. für Leistungen des Rettungsdienstes).

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. Dabei handelt es sich insbesondere um die Gebührensätze: 1, 3, 4, 34, 60, 70, 75, 80, 85, 95, 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.

3.1 Überschreitet eine Gebühr (für ärztliche Leistungen) die in § 5 Abs. 2 Satz 4 bzw. Abs. 3 Satz 2 GOÄ vorgesehene Regelspanne, so kann sie nach § 4 Abs. 2 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 GOÄ) 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; vgl. z. B. Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses). So rechtfertigt z. B. die Tatsache der ambulanten Ausführung einer Operation gebührenrechtlich nicht eine Überschreitung der Regelspanne (2,3-facher Gebührensatz).

Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung der Regelspanne rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt näher erläutern zu lassen (§ 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ). Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, so ist mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer, eines Amtsarztes oder eines medizinischen Gutachters einzuholen.

3.2 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und Anwendung anderer Gebührenordnungen (Adgo usw.) ist nicht mehr zulässig. Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ beruhen, können beihilferechtlich grundsätzlich nur bis zur Regelspanne als angemessen angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung der Regelspanne bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ) ist nach der ärztlichen Begründung entsprechend Nummer 3.1 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der Festsetzungsstelle zugelassen werden.

3.3 Aufwendungen für eine osteopathische Behandlung können als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die Behandlung von einem Arzt oder einem Angehörigen der Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 Nr. 8 BhVO durchgeführt wird.

3.4 Die Ausführungen in den Nummern 3.1 und 3.2 sind sinngemäß auch für psychotherapeutische Leistungen anzuwenden.

4. Für zahnärztliche Leistungen bemisst sich die Vergütung nach § 5 Abs. 1 GOZ. Eine Vergütung kann grundsätzlich jedoch nur bis zum 2,3-fachen Satz der GOZ beihilferechtlich als angemessen angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung ist durch besondere, über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände begründet. Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ erbracht werden, sind nicht beihilfefähig.

Im Übrigen sind die Ausführungen in den Nummern 3.1 und 3.2 sinngemäß anzuwenden.

5. § 4 Abs. 2 Satz 4 und 5 ist für im Basistarif nach § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes privat krankenversicherte Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige nicht mehr anzuwenden (Urteile des Bundesverwaltungsgerichtes vom 17. April 2014 – 5 C 16.13; 5 C 40.13 –). Dies gilt ebenso für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Absatz 2a oder nach § 257 Absatz 2a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind.

6. Bei amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten sind insbesondere hinsichtlich des Einverständnisses der Beteiligten die Vorgaben des Datenschutzes zu beachten. Amtsärzte sind beamtete Ärzte, die zum Leiter eines Gesundheitsamtes bestellt sind. Auch die in deren Auftrag unterzeichneten Gutachten und Zeugnisse gelten als solche eines Amtsarztes. Vertrauensärzte sind die von der Festsetzungsstelle allgemein oder im Einzelfall für die Erstellung eines Gutachtens bestellten Ärzte.

7. Aufwendungen für dienstlich erforderliche Bescheinigungen und Zeugnisse, z. B. nach Gebührensiffer 70 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, trägt die Festsetzungsstelle in voller Höhe.

Zu Absatz 3

1. Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel usw., die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger. Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 4 Abs. 4 Satz 1 angerechnet.

2. Zum Personenkreis nach Satz 2 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte von Trägern der Rentenversicherung getragen werden.

3. Festbeträge können gebildet werden für

- Arznei- und Verbandmittel (§ 35 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch),
- Hilfsmittel (§ 36 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch).

Als Festbeträge gelten auch

- die Vertragssätze nach § 33 Abs. 6 und 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Hilfsmittel),
- der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Kontaktlinsen) sowie
- der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Leistungen des Rettungsdienstes).

Da nach Satz 2 bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig.

4. Die Regelung über die Gleichstellung von bestimmten Aufwendungen mit einer Sachleistung nach Satz 2 erfasst neben der Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung die Fälle, in denen sich die dort genannten Versicherten nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lassen (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 § 4 Abs. 4 Satz 2 und 3 Anwendung.

Zu Absatz 3a

1.1 Zuzahlungen bzw. Kostenanteile der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. Dies gilt auch bei Aufwendungen für die nach § 34 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch oder entsprechenden Regelungen ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Von der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von § 130 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (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.

1.2 Nach § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Wahltarife) können die gesetzlichen Krankenkassen vorsehen, dass die Versicherten jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten zu übernehmen haben (Selbstbehalt). Soweit solche Selbstbehalte von der Krankenkasse angerechnet werden, sind sie nicht beihilfefähig.

2. Ist der Abschlag nach Satz 2 nicht nachgewiesen, sind neben dem tatsächlichen Erstattungsbetrag der Krankenkasse 15 v. H. dieses Betrages als fiktiver Abschlag abzusetzen.

Zu Absatz 4

1. Zu den Rechtsvorschriften im Sinne des Satzes 1 gehören u. a. :
 - a) das durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleitete Beamtenversorgungsgesetz und die dazu erlassene Verordnung vom 25. April 1979 (BGBl. I S. 502) sowie entsprechende landesrechtliche Vorschriften,
 - b) Bundesversorgungsgesetz,
 - c) Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte,
 - d) Wehrsoldgesetz,
 - e) Soldatenversorgungsgesetz,
 - f) Reichsversicherungsordnung,
 - g) Angestelltenversicherungsgesetz,
 - h) Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter,
 - j) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen sowie Ansprüche auf Krankheitsfürsorge aufgrund des Artikels 31 Abs. 2 des Statuts des Lehrpersonals der Europäischen Schulen.

2. Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater bzw. der Anspruch der Mutter eines nichtehelichen Kindes gegen den Kindsvater auf Ersatz ihrer Entbindungs- und Folgekosten fällt nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach Absatz 4 Satz 1. Daher kann die Mutter eines nichtehelichen Kindes nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden.

3. Eine nach der BhVO zustehende Beihilfe hat Vorrang vor den Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 2 Abs. 1 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch), auch wenn nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch vorgeleistet wird. Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus den Entschädigungsfonds für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 des Pflichtversicherungsgesetzes.

4. Absatz 4 Satz 1 findet keine Anwendung in Fällen, in denen einer Person Leistungen aus einer Sportunfallversicherung zustehen, da es sich hierbei nicht um Ansprüche aufgrund gesetzlicher oder anderer Vorschriften handelt, sondern um Ansprüche aus einem privatrechtlichen Versicherungsvertrag.

5. Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 4 Nummer 3 gehören nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr aufgrund des Bundesversorgungsgesetzes gewährt werden.

Zu Absatz 7

1. Für die Ermittlung des Gesamtbetrags der Einkünfte sind die Vorschriften des Steuerrechts maßgebend.

2. Macht der Beihilfeberechtigte glaubhaft, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze nach Absatz 7 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.

4. Auf Anforderung der Beihilfestelle ist ein Einkommensnachweis vorzulegen.

4.1 Die Voraussetzungen für die Beihilfegewährung ergeben sich in der Regel aus dem Steuerbescheid. Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben können bei der Vorlage unkenntlich gemacht werden.

4.2 Die Beihilfestelle kann andere Einkommensnachweise fordern oder zulassen, wenn die Beihilfeberechtigten keinen Steuerbescheid vorlegen können, z. B. bei Nichtveranlagung, oder wenn der Steuerbescheid nicht alle von § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes erfassten Einkünfte abbildet, z. B. Pauschalsteuer auf Zinseinkünfte, nicht der deutschen Einkommensteuer unterliegende inländische Einkünfte. Andere Nachweise sollen einem Steuerbescheid hinsichtlich Aussagekraft und Beweiswert mindestens gleichwertig sein und alle von § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes erfassten Einkünfte umfassen.

5. Dies gilt auch bei vergleichbaren ausländischen Einkünften der Ehegatten und Lebenspartner, die zu deren wirtschaftlichen Selbstständigkeit führen. Unbeachtlich ist, ob diese nach ausländischem oder nach deutschem Recht versteuert werden. Bezüglich der Steuerermäßigung bei ausländischen Einkünften nach dem Einkommensteuergesetz wird auf dessen §§ 34c und 34d Bezug genommen.

AV zu § 5

Zu Absatz 1

Zu Nummer 1

1. Voranerkennungsverfahren gemäß Nummern 2 und 3 der Anlage 1 zu § 5 Abs. 1 Nr. 1:

Die Festsetzungsstelle beauftragt einen vom Bundesministerium des Innern bestellten vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung sowie mit der Bewertung der Angaben des Arztes oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeuten genannt) in den Formblättern 1 und 2 (siehe Nummer 5).

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.

1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt 2a (siehe Nummer 5) 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.

1.3 Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und ggf. das Formblatt 2a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilfeberechtigten/Patienten.

1.4 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit Formblatt 3 (siehe Nummer 5) einen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt 4 (siehe Nummer 5) und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache 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 Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

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.

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).

2. Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens abhelfen oder ein Obergutachten einholen. 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 § 5 Abs. 1 Nr. 1 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

2.1 Wird ein Obergutachten eingeholt, hat zunächst 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.

2.2 Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/das Ersuchen des Beihilfeberechtigten/Patienten.

2.3 Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen vertrauensärztlichen Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet),
- b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
- c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten.

2.4 Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle.

2.5 Auf Grundlage der gutachterlichen oder der obergutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen Abhilfebescheid oder legt den Widerspruch der Widerspruchsbehörde vor. Aufwendungen für das Gutachten und das Obergutachten trägt die Festsetzungsstelle in voller Höhe.

3. Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummer 2.3 und 3.3 der Anlage 1 zu § 5 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 gilt Nummer 1.5 bis 2.5 entsprechend.

4. Die Festsetzungsstelle kann von dem beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren nach Nummer 1 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. Darüber hinaus kann insbesondere bei der erstmalig beantragten Psychotherapie auf das Voranerkennungsverfahren verzichtet werden, wenn die Festsetzungsstelle der Auffassung ist, anhand der vorliegenden Unterlagen auch ohne Gutachten über die beantragten Aufwendungen entscheiden zu können.

5. Die Beihilfestelle kann an Stelle der Formblätter 1 bis 5 (im Anhang abgedruckt) eigene Formblätter herausgeben, soweit diese inhaltlich den empfohlenen Formblättern und den beihilferechtlichen Vorgaben entsprechen.

Zu Nummer 2

1.1 Beihilfefähig sind allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 BPfIV, § 2 Absatz 2 KHEntgG). Zuschläge und weitere Entgelte, die vom Krankenhaus auf der Grundlage einer Vereinbarung nach der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz oder entsprechenden Bestimmungen den Beihilfeberechtigten in Rechnung gestellt werden dürfen, sind beihilfefähig.

1.2 Aufwendungen für Wahlleistungen nach § 16 BPfIV, § 17 KHEntgG (gesondert berechnete Unterkunft und Arztkosten) sind nicht beihilfefähig.

2.1 Die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ist bei Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung durch den Pflegesatz abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig.

2.2 Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet, kann für die Unterbringung einer Begleitperson, die aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG), auf der Basis des § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG ein Zuschlag verrechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegetage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts beihilfefähig. Dies gilt auch für andere Zuschläge nach vergleichbaren Rechtsgrundlagen.

2.3 Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses können entsprechend § 5 Absatz 1 Nummer 12 als beihilfefähig anerkannt werden, wenn dies nach ärztlicher, amtsärztlicher oder vertrauensärztlicher Feststellung wegen des Alters eines Kindes und seiner Erkrankung, die eine stationäre Langzeittherapie erfordert, aus medizinischen Gründen notwendig ist. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig.

3. Zu Krankenhausleistungen zählen auch vergleichbare Leistungen zur Rehabilitation, die sich unmittelbar oder in engem zeitlichen Zusammenhang an eine Krankenhausbehandlung anschließen. Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen in Reha-kliniken können im Rahmen des § 7 beihilferechtlich anerkannt werden, wenn diese Krankenanstalten in der Regel keine Akutkrankenbehandlungen durchführen.

3.1 Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen sind solche auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung oder vergleichbare Voraussetzungen erfüllen. Anschlussheilbehandlungen liegen nur vor, wenn sie sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang stehen.

3.2 Ein zeitlicher Zusammenhang kann grundsätzlich noch unterstellt werden, wenn die Unterbrechung nicht länger als drei Wochen dauert. Bei einer längeren zeitlichen Unterbrechung kann ausnahmsweise der zeitliche Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt als gegeben angesehen werden, wenn nach einer schweren Erkrankung,

die erfahrungsgemäß nach dem Krankenhausaufenthalt meist eine Anschlussheilbehandlung erfordert (z. B. Herz-, Wirbelsäulen- oder Hüftgelenksoperation), eine solche aus Platzmangel oder Gesundheitsgründen erst nach mehr als drei Wochen Unterbrechung durchgeführt wird. In Zweifelsfällen kann ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten zu Rate gezogen werden. Insbesondere bei unmittelbarer Verlegung aus einem Krankenhaus kann auf ein Gutachten verzichtet werden, wenn die Festsetzungsstelle der Auffassung ist, anhand der vorliegenden Unterlagen auch ohne ein solches Gutachten über die beantragten Aufwendungen entscheiden zu können.

Zu Nummer 3

Die beihilfefähigen Aufwendungen für Erste Hilfe umfassen den Einsatz von Rettungskräften, Sanitätern und anderen Personen und die dabei verbrauchten Stoffe (z. B. Medikamente, Heil- und Verbandmittel).

Zu Nummer 4

1. Häusliche Krankenpflege ist notwendig für Personen, die wegen Krankheit vorübergehend folgender Leistungen bedürfen, wobei die Grundpflege überwiegen muss:

- a) Grundpflege; dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme,
- b) Hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen) sowie
- c) Behandlungspflege (z. B. Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibung).

Die ärztliche Bescheinigung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten. Darüber hinaus kann insbesondere bei der erstmalig beantragten Psychotherapie auf das Voranerkennungsverfahren verzichtet werden, wenn die Festsetzungsstelle der Auffassung ist, anhand der vorliegenden Unterlagen auch ohne Gutachten über die beantragten Aufwendungen entscheiden zu können.

2. Bei einer vorübergehenden 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, wenn diese auch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine vom Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.

Bis zur Höhe der Kosten für eine einzelne Pflegekraft können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt werden. Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Beihilfe entsprechend zu mindern.

3. Bei Gewährung von Sachbezügen an Berufspflegekräfte oder Ersatzpflegekräfte sind diese mit den in der Verordnung über den Wert der Sachbezüge in der Sozialversicherung (Sachbezugsverordnung) festgelegten Werten anzusetzen. Die Sachbezugsverordnung ist in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

Zu Nummer 5

1.1 Die Voraussetzungen nach Satz 1 bis 3 sind auch dann insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung eine an sich erforderliche stationäre Unterbringung durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird. Entsprechendes gilt für alleinstehende Beihilfeberechtigte.

1.2 Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe können auch bei erwerbstätigen beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen anerkannt werden, soweit die übrigen Voraussetzungen nach Satz 1 bis 3 erfüllt sind.

2. Die Voraussetzungen des Satzes 3 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. Aufwendungen können aber als beihilfefähig anerkannt werden, wenn diese Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes stationär aufgenommen wird und dies nach ärztlicher Feststellung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

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

4.1 Aufwendungen Beihilfeberechtigter, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind, für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn

- a) eine ambulante ärztliche Behandlung des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
- b) mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und
- c) die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.

4.2 Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienort nicht gewährleistet ist und der Dienort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer.

4.3 Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienortes mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Übernehmen der Ehegatte oder der Lebenspartner, die Eltern oder Kinder der die Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch nehmenden Person die Führung des Haushalts, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

Zu Nummer 6

1. Das Beihilferecht enthält keine eigene Definition eines Arzneimittelbegriffs. Nach der Rechtsprechung (vgl. Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 30. Mai 1996 – 2 C 5.95) kommen als Arzneimittel im Sinne des Beihilferechts grundsätzlich nur Mittel in Betracht, die dazu bestimmt sind, ihre Wirkung im Rahmen der Krankenbehandlung durch Anwendung am oder im menschlichen Körper zu erzielen. Dies deckt sich im Wesentlichen mit dem engeren (eigentlichen) Arzneimittelbegriff in § 2 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes. Arzneimittel sind demnach grundsätzlich Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die zur Anwendung an oder im menschlichen Körper bestimmt sind und als Mittel zur Heilung oder Linderung von Krankheiten wirken. Diese Begriffsbestimmung ist angesichts des andersartigen Zweckes des Arzneimittelgesetzes, für die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln zu sorgen, nicht ohne weiteres auf das Beihilferecht übertragbar, das die Beteiligung des Dienstherrn an Kosten der Krankenbehandlung der Beamtinnen und Beamten und ihrer Angehörigen regelt. Bei der Zuordnung zum beihilferechtlichen Arzneimittelbegriff ist auf die materielle Zweckbestimmung nach wissenschaftlicher und allgemeiner Verkehrsanschauung abzustellen. Maßgebend für die Beihilfe ist daher, ob das Mittel dazu bestimmt ist, seine Wirkungen im Rahmen der Behandlung durch Anwendung am oder im menschlichen Körper zu erzielen. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL) ist im Rahmen der beihilferechtlichen Bestimmungen entsprechend heranzuziehen, vgl. Oberverwaltungsgericht des Saarlandes, Urteil vom 23. Oktober 2015 – 1 A 311/14, § 4 Absatz 1a.

1.1 Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen sind nur beihilfefähig, wenn und soweit sie von einer in Nummer 1 genannten Person schriftlich ver-

ordnet sind. Das Rezept hat Angaben über die behandelte Person und über die verordnete Menge zu enthalten. Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der verordnenden Person erneut beschafft werden, sind nicht beihilfefähig. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

1.2 Zu den Medikamenten im Sinne dieser Vorschrift gehören grundsätzlich nicht Geriatrika, Regenerationsmittel, Vitaminpräparate, Präparate zur Ovulationshemmung, Stärkungsmittel oder Säuglingsfrühnahrung. Die Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind zu der Frage, ob ein Mittel nach Nr. 4.1 der Anlage 2 ein Arzneimittel ist oder ob dessen Wirksamkeit aus therapeutischer Sicht anerkannt ist, entsprechend heranzuziehen. Dort genannte Ausschlussgründe, die im Beihilferecht keine Entsprechung finden (z. B. Verordnungsvoraussetzungen, Apothekenpflichtigkeit oder Verschreibungspflichtigkeit), sind allein nicht maßgebend.

1.3 Ärztlich verordnete Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon oder getrocknete Cannabisblüten und Cannabisextrakte sind entsprechend § 31 Absatz 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, § 4 Absatz 1a beihilfefähig. Eine Vorabanerkennung durch die Festsetzungsstelle ist nicht erforderlich.

1.4 Maßgebend für die Gewährung von Beihilfe ist grundsätzlich der Apothekenabgabepreis nach den arzneimittelpreisrechtlichen Vorschriften. Zusätzliche Beträge nach § 6 Arzneimittelpreisverordnung sind beihilfefähig bei Verordnungen mit zeitnahe Bezug zu einem ärztlich vermerkten oder bescheinigten Notfall (z. B. „noctu“ bei Bezug außerhalb der Öffnungszeiten).

2. Zur Befreiung von der Kostendämpfungspauschale 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.

3.1 Mittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, insbesondere solche, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen, sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie zur Behandlung anderer Krankheiten notwendig sind. Dies kann dann der Fall sein, wenn es zur Behandlung dieser anderen Krankheiten zugelassene Arzneimittel nicht gibt, diese im Einzelfall nicht vertragen werden oder sich als nicht wirksam erwiesen haben.

3.2 Im Rahmen der Bestimmungen über die Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln sind auch Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, beihilfefähig. Abschnitt J der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und die dazu gehörende Anlage V sind entsprechend anzuwenden.

3.3 Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Aufwendungen für Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Krankenkost und diätetische Lebensmittel, medizinische Körperpflegemittel und dergleichen sind daher grundsätzlich nicht beihilfefähig. Ist Spezialnahrung als alleinige Nahrungsquelle die einzige Möglichkeit, Krankheitssymptome zu lindern, weil es dafür keine Medikamente gibt, handelt es sich hingegen um Arzneimittel im beihilferechtlichen Sinne.

3.3.1 Aufwendungen für ärztlich verordnete Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, ausnahmsweise beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Aufwendungen für Elementardiäten sind beihilfefähig bei Kuhmilcheiweißallergie bis zur Vollendung des dritten Lebens-

jahres; dies gilt auch bei Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

3.3.2 Ausnahmefälle für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei enteraler Ernährung (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung) liegen insbesondere vor bei

1. Ahornsirupkrankheit
2. Colitis ulcerosa
3. Kurzdarmsyndrom
4. Morbus Crohn
5. Mukoviszidose
6. Phenylketonurie
7. erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße, z. B. bei Mundboden- oder Zungenkarzinom
8. Tumortherapien (auch nach der Behandlung)
9. postoperativer Nachsorge
10. angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel
11. angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden
12. AIDS-assoziierten Diarrhöen
13. Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt
14. Niereninsuffizienz
15. multipler Nahrungsmittelallergie.

4. Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption sind nur bis zur Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres beihilfefähig, es sei denn, sie werden als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.

5. Die Festbetragsregelung in § 5 Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 entspricht den Erstattungshöchstgrenzen, bis zu denen die Gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für ärztlich verordnete Arzneimittel übernehmen. Arzneimittel, deren Preise den jeweiligen Festbetrag übersteigen, sind grundsätzlich nur bis zur Höhe dieses Betrages beihilfefähig. Festbeträge werden nur für therapeutisch vergleichbare Arzneimittel gebildet. Insofern stehen genügend Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbaren und gleichwertigen Wirkstoffen zur Verfügung.

5.1 Aus § 4 Abs. 2 Satz 1 BhVO folgt, dass die Beihilfestelle nicht gehalten ist, die Aufwendungen für ein Medikament im Falle einer entsprechenden ärztlichen Verordnung stets ungeprüft als notwendig und angemessen anzuerkennen. Die Festbetragsregelung greift in einem „atypischen Ausnahmefall“ bei ungewöhnlichen Individualverhältnissen nicht, wenn Beihilfeberechtigte bei Anwendung der Vorgaben für Festbeträge keine hinreichende Arzneimittelversorgung zum Festbetrag erhalten (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 3. Juli 2012 – B 1 KR 22/11 R). Im Einzelfall muss die Beihilfestelle ein Arzneimittel ohne Beschränkung auf den Festbetrag erstatten, wenn dieses das einzige zur Krankenbehandlung ausreichende, zweckmäßige und erforderliche Arzneimittel darstellt und es dazu kein gesundheitlich zumutbares, zum Festbetrag erhältlich Arzneimittel gibt (vgl. SG Aachen, Urteil vom 16. November 2010 – S 13 KR 170/10).

5.2 Dies ist insbesondere der Fall, wenn die zum Festbetrag erhältlichen Arzneimittel unerwünschte Nebenwirkungen verursachen, die über bloße Unannehmlichkeiten oder Befindlichkeitsstörungen hinausgehen. Der Anspruch auf Beihilfe für eine eigenanteils-

freie Versorgung mit einem nur oberhalb des Festbetrags erhältlichen Festbetragsarzneimittel hängt somit davon ab, dass

- zumindest objektiv nachweisbar eine zusätzliche behandlungsbedürftige Krankheit oder eine behandlungsbedürftige Verschlimmerung einer bereits vorliegenden Krankheit nach indikationsgerechter Nutzung anderer anwendbarer, preislich den Festbetrag unterschreitender Arzneimittel eintritt,
- die zusätzliche Erkrankung oder Krankheitsverschlimmerung zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit jeweils wesentlich durch die Anwendung der den Festbetrag im Preis unterschreitenden Arzneimittel bedingt ist, und
- die Anwendung des nicht zum Festbetrag verfügbaren Festbetragsarzneimittels dagegen ohne Nebenwirkungen im Ausmaß einer behandlungsbedürftigen Krankheit bleibt und in diesem Sinne alternativlos ist.

5.3 Bei der Beurteilung der Beihilfefähigkeit soll die Beihilfestelle die Maßstäbe aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend heranziehen, soweit dies mit den Grundsätzen des Beihilferechts vereinbar ist, vgl. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherung einer einheitlichen Begutachtung nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V vom 3. Februar 2014, https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/06_BGA-Festbetrags-AM__2014.pdf

In Zweifelsfällen soll amtsärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden.

5.4 Die Anerkennung der Aufwendungen für ein gegenüber dem Festbetragsmedikament teureres Arzneimittel als beihilfefähig bedarf unter dem Gesichtspunkt der Anforderungen der Notwendigkeit und der Angemessenheit typischerweise einer besonderen Rechtfertigung. Aus dem Fürsorgegrundsatz heraus ist es nicht zumutbar, von Beihilfeberechtigten zu verlangen, dass sie zunächst sämtliche zum Festbetrag erhältlichen Arzneimittel, die zur Behandlung der diagnostizierten Erkrankung in Betracht kommen, gleichsam „durchprobieren“ und erst, wenn bei jedem dieser Mittel Nebenwirkungen von einigem Gewicht aufgetreten sind, die Erstattung der Aufwendungen für ein „teureres“ Arzneimittel beanspruchen können (vgl. Oberverwaltungsgericht des Saarlandes, Urteil vom 23. Oktober 2015 – 1 A 311/14). Dies gilt insbesondere dann, wenn die Besonderheit besteht, dass der eingesetzte Wirkstoff erst in einem anderen Stadium nach der Einnahme freigesetzt wird und demnach anders als bei den anderen vergleichbaren Mitteln auftretende Nebenwirkungen nicht oder zumindest seltener verursacht (vgl. zur Wirkungsweise von Ciclesonid in dem Medikament Alvesco auch SG Aachen, Urteil vom 16. November 2010 – S 13 KR 170/10). In Anbetracht solcher besonderen, sich von den anderen Medikamenten der Festbetragsgruppe unterscheidenden Wirkungsweisen, ist die ärztliche Verordnung eines Mittels für notwendig und angemessen zu erachten, auch ohne dass vorher weitere „Versuche“ mit anderen zum Festbetrag erhältlichen Asthmamedikamenten unternommen wurden, wenn aufgrund der besonderen Wirkungsweise die berechtigte Erwartung begründet ist, dass Nebenwirkungen nicht oder zumindest nicht in dem bisherigen Ausmaß auftreten.

5.5 Die gebotene besondere Rechtfertigung für die Verordnung eines gegenüber den Festbetragsmedikamenten teureren Medikamentes ist von den Beihilfeberechtigten mit der gebotenen Substantiierung darzutun. Sind besondere Gründe nicht hinreichend dargetan, so können die Aufwendungen für die letztgenannten Medikamente nicht als notwendig und angemessen anerkannt werden (vgl. Verwaltungsgericht des Saarlandes, Urteil vom 18. Dezember 2015 – 6 K 1337/14).

5.6 Über die nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen ausnahmsweise Gewährung von Beihilfe ohne Festbetrag oder unter Zugrundelegung eines dem aktuellen vorangegangenen Festbetrages in begründeten sonstigen Ausnahmefällen, insbesondere bei der Einführung neuer Festbeträge, entscheidet die Beihilfestelle in eigenem Ermessen. Liegen die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit dem Grunde oder der Höhe nach nicht vor, können sich Beihilfeberechtigte nicht darauf berufen, dass die Beihilfestelle in der Vergangenheit Beihilfe zu den Aufwendungen für dieses Mittel gewährt hat. Hat

sie das Vorliegen dieser Voraussetzungen zuvor fehlerhaft bejaht, kann sich innerhalb der gesetzlichen Frist allenfalls die Frage einer Rücknahme rechtswidriger Bewilligungsbescheide stellen (vgl. Verwaltungsgericht des Saarlandes, Urteil vom 18. Dezember 2015 – 6 K 1337/14).

6. Harn- und Blutteststreifen sind im Rahmen der für Arzneimittel geltenden Vorschriften beihilfefähig.

Zu Nummer 7

Die Anwendung dieser Vorschrift kommt insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Betracht.

Zu Nummer 8

1.1 Aufwendungen für ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen sind beihilfefähig, soweit sie Leistungen nach Anlage 3 der BhVO vergleichbar sind; bei der Prüfung der Angemessenheit sind § 5 Absatz 3 und die AV Nummer 4.1 und 4.2 zu § 7 Absatz 3 entsprechend heranzuziehen. Aufwendungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining sind entsprechend den einheitlichen Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Die von den gesetzlichen Krankenkassen getroffene Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der jeweils geltenden Fassung ist entsprechend anzuwenden.

1.2 Sinn und Zweck der Vorschriften ist, die Entscheidung über die beihilferechtliche Notwendigkeit und Angemessenheit auf eine sichere Grundlage zu stellen. Durch außerhalb der Einrichtung ausgestellte Verordnungen und Gutachten soll eine Distanz zur Sphäre des Leistungserbringers eingehalten werden. Soweit die Beihilfestelle der Auffassung ist, anhand vorliegender Unterlagen über beantragte Aufwendungen entscheiden zu können, kann auf die Anforderung von Verordnungen und Gutachten verzichtet werden. Dies gilt insbesondere, wenn dadurch vermeidbarer Verwaltungsaufwand und vermeidbare Mehrkosten eingespart werden, etwa durch zusätzliche Arztbesuche.

2. Zur pauschalen Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie, insbesondere für persönliche Schutzausrüstung der Leistungserbringer, ist ein zusätzlicher Betrag in Höhe von 1,50 Euro

- für bis zum 31. März 2021 entstandene Aufwendungen nach Maßgabe des § 2 Absatz 7 Satz 1 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30. April 2020 (BAnz AT 04. 05. 2020 V1) in der Fassung vom 6. Januar 2021 (BAnz AT 07. 01. 2021 V1) und
- für ab dem 1. April 2021 entstandene Aufwendungen nach Maßgabe des § 1 der Verordnung zur pauschalen Abgeltung erhöhter Kosten für Hygieneaufwendungen im Heilmittelbereich vom 1. April 2021 (BAnz AT 06. 04. 2021 V1) in der jeweils geltenden Fassung

für Behandlungen in den dort genannten Zeiträumen beihilfefähig.

3. Sofern Behandlungen im Pandemiefall aus therapeutischer Sicht auch im Rahmen einer telemedizinischen Leistung (Videobehandlung oder telefonische Beratungen) stattfinden können, sind diese grundsätzlich beihilfefähig. Videobehandlungen sind im Bereich

- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie mit Ausnahme der Schlucktherapie,
- Ergotherapie,
- Ernährungstherapie,
- Physiotherapie für Bewegungstherapie und Krankengymnastik

grundsätzlich möglich. Im Bereich der Ernährungstherapie ist die Beratung auch telefonisch möglich.

Zu Nummer 9

1. Die Beihilfefähigkeit eines Gegenstandes als Hilfsmittel, Gerät zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle oder Körperersatzstück richtet sich in erster Linie danach, ob der Gegenstand in der Anlage 4 aufgeführt ist. Im Rahmen der Notwendigkeit und Angemessenheit können Bestimmungen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung insoweit entsprechend herangezogen werden, wie die beihilferechtlichen Vorgaben dafür Raum lassen.

1.1 Anlage 4 schließt (dort unter 5.) in nicht abschließender Aufzählung Gegenstände von der Beihilfefähigkeit aus, die Gebrauchsgüter des täglichen Lebens sind und deren Anschaffungskosten damit zu den Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung gehören. Dies betrifft Gegenstände, die auch ohne die der ärztlichen Verordnung zugrunde liegende Erkrankung im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benötigt werden, die also objektiv geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen. Hingegen sind Gegenstände, die zur krankheitsunabhängigen Bedarfsdeckung im täglichen Leben ungeeignet sind, die vielmehr allein infolge medizinischer Notwendigkeit im Krankheitsfall angeschafft und auch zeitlich begrenzt nur während der Krankheit genutzt werden, ohne dass hierdurch Aufwendungen für entsprechende Gebrauchsgüter des täglichen Lebens erspart werden, nicht von der Beihilfefähigkeit ausgenommen.

1.2 Können vorwiegend der allgemeinen Lebenshaltung dienende Gegenstände auch für den Krankheitsfall benutzt werden, z. B. durch zusätzliche Bestandteile, so ist nach dem Grundsatz der Notwendigkeit und Angemessenheit eine Gesamtbetrachtung anzustellen. Ergibt sich, dass der Gegenstand nun in einem funktionalen Zusammenhang mit weiteren Gegenständen verwendet wird, die der allgemeinen Lebensführung zuzurechnen sind, also generell in gleicher Weise von Gesunden benutzt werden, sind die Aufwendungen nicht beihilfefähig. Dabei kommt es nicht darauf an, ob sie ohne eine Erkrankung überhaupt oder in gleich teurer Ausführung angeschafft worden wären (so bereits grundlegend BVerwG, Beschluss vom 9. Januar 2001 – 2 B 72/00 zum Ausschluss antiallergener Bettbezüge).

2.1 Bei den in Anlage 4 genannten Aufzählungen sind Oberbegriffe enthalten, die mehrere Ausführungen eines Hilfsmittels erfassen können. Angesichts der Vielzahl der auf dem Markt der Medizin angebotenen Produkte und der schnellen Entwicklung neuer Modelle muss daher im Einzelfall geprüft werden, ob ein Gegenstand zu einem in der Anlage genannten Begriff zählt.

2.2 Im Regelfall ergibt sich die Notwendigkeit und Angemessenheit aus der ärztlichen Verordnung und bedarf keiner näheren Prüfung durch die Beihilfestelle. Bei Zweifeln kann sie zusätzliche Informationen einholen, z. B. nähere Erläuterungen durch den behandelnden Arzt oder ein Gutachten anfordern. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie Anhaltspunkte dafür hat, dass ein gleichwertiger Erfolg auch mit einem weniger aufwendigen Hilfsmittel erreicht werden kann. Im Falle von Blutgerinnungsmessgeräten ist von der Notwendigkeit und Angemessenheit insbesondere dann auszugehen, wenn sie bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz ärztlich verordnet werden.

2.3 Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände mit ein. Dabei sind auch pauschal abgerechnete Aufwendungen („Versorgungspauschalen“) beihilfefähig. Üblicherweise sind in den Versorgungspauschalen auch Aufwendungen für Betrieb und Unterhalt enthalten, die dem Eigenbehalt nach Nummer 2.6 Satz 1 der Anlage 4 unterliegen. Dieser Eigenbehalt ist über den Zeitraum, über den der Versorgungsvertrag läuft, zu berücksichtigen. Die Beihilfestelle kann aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung im Falle der Gewährung von Versorgungspauschalen – anders als bei Miete – von einer Amortisationsberechnung absehen.

2.4.1 Eine schwere Sehbeeinträchtigung der Stufe 1 entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung liegt vor, wenn die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillenversorgung oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf dem besseren Auge = 0,3 beträgt oder das beidäugige Gesichtsfeld = 10 Grad bei zentraler Fixation ist. Liegen die Voraussetzungen nach Satz 1 vor, sind Sehhilfen nach Maßgabe der Anlage 4 beihilfefähig. Therapeutische Sehhilfen sind von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe nach Anlage 4 zu unterscheiden. Sie dienen nicht in erster Linie dem Ausgleich einer Fehlsichtigkeit, sondern der therapeutischen Anwendung im Rahmen der Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung. Irisschalen mit geschwärzten Pupillen, die bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut des blinden Auges verordnet werden, sind weder therapeutische noch sehschärfeverbessernde Sehhilfen nach Anlage 4, sondern Körperersatzstücke. Die Beihilfefähigkeit ist jeweils nach AV Nummer 1 Satz 2 zu beurteilen. Eine gravierende Sehschwäche ab -10 dpt. auf beiden Augen stellt ebenfalls eine schwere Sehbeeinträchtigung im Sinne von Satz 1 dar (vgl. Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Urteil vom 14. Juli 2015 – 14 B 13.654).

2.4.2 Aufwendungen für Sehhilfen zur Verbesserung des Visus sind auch beihilfefähig für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wenn ein verordneter Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus vorliegt und sie nach dem 1. Januar 2018 entstanden sind (§ 4 Absatz 5 Satz 2). In den Fällen, in denen die Voraussetzung nur auf einem Auge vorliegt, sind die Aufwendungen für das Brillenglas oder die Kontaktlinse auch für das andere Auge beihilfefähig. Im Übrigen gelten die Bestimmungen und Beträge nach Nummer 4 der Anlage 4 zu § 5 Absatz 1 Nummer 9 BhVO.

2.5 Die Unterhaltskosten (u. a. Futter, Tierarzt, Versicherungen) für einen Blindenführhund sind beihilfefähig. Bei Kosten über 100 Euro im Monat kann die Beihilfestelle die Vorlage von Belegen verlangen. Eine gravierende Sehschwäche ab -10 dpt. auf beiden Augen stellt ebenfalls eine schwere Sehbeeinträchtigung im Sinne von Satz 1 dar (vgl. Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Urteil vom 14. Juli 2015 – 14 B 13.654).

3. Geräte zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung (Continuous Glucose Monitoring – CGM und Flash Glucose Monitoring – FGM) bei Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus, die einer intensiven Insulintherapie bedürfen, sind dem Grunde nach einschließlich Sensoren als beihilfefähig anzuerkennen. Neben den Geräten zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung sind übliche Blutzuckermessgeräte einschließlich der erforderlichen Bluttteststreifen beihilfefähig, da im Bedarfsfall auch ein aktueller Blutzuckerwert festgestellt werden muss, was mit Geräten zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung nicht möglich ist.

Zu Nummer 10

1. Aufwendungen für eine Organspende an Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige sind einschließlich der Registrierung im Rahmen der Vorschriften über die beihilfefähigen Aufwendungen in Krankheitsfällen beihilfefähig, soweit sie bei für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen.

2. Beihilfefähig sind Aufwendungen bei postmortalen Organspenden für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung, Organisation der Bereitstellung und den Transport des Organs zur Transplantation, soweit es sich bei den Organempfängern um Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige handelt.

3. Aufwendungen für eine Spende von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen einer Person an Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige sind beihilfefähig. Dazu zählt auch der nachgewiesene Ausfall von Arbeitseinkünften der spendenden Person und von Personen, die zur Spende vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen. Dem Arbeitgeber der spendenden Person wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt entsprechend dem Bemessungssatz für Auf-

wendungen der Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen erstattet.

4. Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einer nicht verwandten Person sind beihilfefähig, z. B. für eine Blutstammzellspende in einem Register für Knochenmarkspender.

5.1 Bei der Prüfung der Notwendigkeit und Angemessenheit von Aufwendungen im Rahmen von Organtransplantationen, insbesondere für Organisations- und Flugkosten, Transplantationsbeauftragtenpauschalen sowie Pauschalen für transplantierte Organe sind die vom Bundesministerium des Innern bekannt gegebenen Beträge als angemessen anzusehen.

5.2 Bei der Entscheidung über beihilferechtliche Auswirkungen des Bezugs von Leistungen des Verdienstausfalls von spendenden Personen sind die jeweiligen Regelungen aus dem Bereich der Gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, insbesondere die Verlautbarung des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Deutschen Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit vom 15. November 2012 heranzuziehen, <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/276682/publicationFile/52518/>.

Zu Nummer 11

1. Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Davon abweichend können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn eine schwere Erkrankung vorliegt, die eine stationäre Langzeittherapie erfordert und wenn nach ärztlicher, amts- oder vertrauensärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes aus medizinischen Gründen notwendig ist. In diesen Fällen ist auch das Einzugsgebiet zu berücksichtigen.

2. Wegen des Begriffs „Einzugsgebiet“ wird auf § 2 Abs. 6 des Saarländischen Umzugskostengesetzes verwiesen.

3. Führt die Ermittlung der Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist, aus Sicht der Beihilfestelle zu einem unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand, können Fahrtkosten bei schwieriger oder nur sehr aufwendiger Ermittlung der Mehrkosten auch über den nächstgelegenen geeigneten Ort hinaus erstattet werden. Wird im Fall einer Voranerkennung ein Ort im Anerkennungsbescheid oder im amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten den Beihilfeberechtigten gegenüber genannt und erfolgt seitens der Beihilfestelle vor Beginn der Maßnahme kein weiterer entsprechender Hinweis, so kann davon ausgegangen werden, dass auch dieser Ort geeignet und die Wegstrecke insoweit notwendig ist.

Zu Nummer 13

1. Die nach § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch bestimmten medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der ärztlichen Maßnahmen in den Richtlinien für künstliche Befruchtung sind auch für den Bereich der Beihilfe in der jeweiligen Fassung bindend. Daraus ergibt sich:

2. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 vom Hundert der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie im homologen System (d. h. bei Ehepaaren) durchgeführt werden und hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, sind in vollem Umfang beihilfefähig.

3. Voraussetzung für die Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ist, dass bei beiden Ehegatten der HIV-Status bekannt ist und dass bei der Frau ein ausreichender Schutz gegen eine Rötelinfection besteht; für infektiöse Proben sind die in der Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem Transplantationsgesetz (TPG-GewV) genannten Bedingungen zu beachten. Anspruch auf Leistungen der künstlichen Befruchtung besteht nur für weibliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr, vollendet haben. Für männliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige besteht ein diesbezüglicher Anspruch von der Vollendung des 25. bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Diese maßgebliche Altersgrenze muss für beide Ehepartner in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. Liegt nur bei einem die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.

4. Nach Geburt eines Kindes besteht, sofern alle weiteren Voraussetzungen gegeben sind, erneut ein Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung. Sofern eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eingetreten ist, ohne dass es nachfolgend zur Geburt eines Kindes gekommen ist, wird dieser Behandlungsversuch nicht auf die Anzahl angerechnet.

5. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Aufwendungen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, wie Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen können nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen als beihilfefähig anerkannt werden. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

6. Behandlungsmethoden, Begrenzung der Versuchszahlen und Indikationen:

- a) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, gegebenenfalls nach Stimulation mit Antiöstrogenen:

maximal acht Versuche

Indikationen: somatische Ursachen (z. B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanalstenose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

- b) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen:

maximal drei Versuche

Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

- c) In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer):

maximal drei Versuche

Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; Immunolo-

gisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,

d) Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT):

maximal zwei Versuche

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

e) Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

maximal drei Versuche

Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas die Grenzwerte gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten.

Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur In-Vitro-Fertilisation als auch zum intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, dürfen die Maßnahmen nur alternativ durchgeführt werden. In-Vitro-Fertilisation und Intracytoplasmatische Spermieninjektion dürfen aufgrund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ angewandt werden. Ausnahme ist die Fallkonstellation eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer In-Vitro-Fertilisation. In diesem Fall kann in maximal zwei darauf folgenden Zyklen die intracytoplasmatische Spermieninjektion zur Anwendung kommen.

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

7. Bezüglich der Zuordnung der Kosten zu den Ehepartnern ist nach Nr. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für künstliche Befruchtung zu verfahren. Dort heißt es:

„3. Die Krankenkasse ist nur für diejenigen Leistungen zuständig, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Hierzu gehören im Rahmen der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung gegebenenfalls erforderliche Leistungen beim Ehegatten des Versicherten nicht, wenn dieser nicht bei derselben Krankenkasse versichert ist. Für die Maßnahmen im Zusammenhang mit der (ggf.) Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens sowie für den HIV-Test beim Ehemann ist die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig. Für die Beratung des Ehepaares nach Nr. 14 sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Spermienzellen ist die Krankenkasse der Ehefrau zuständig. Für die Beratung des Ehepaares nach Nr. 16 und die ggf. in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung ist die Krankenkasse des Ehemannes zuständig.“

Zu Absatz 2

1. Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung ge-

boten, aber nicht durchführbar ist. Weitere Voraussetzungen, Inhalt und Ausmaß der Sozialtherapie richten sich nach § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf dessen Grundlage ergangenen Beschlüssen und Vereinbarungen.

2. Aufwendungen für Akupunkturbehandlungen werden unter Berücksichtigung des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anerkannt, soweit die Behandlung nicht nach § 5 Abs. 2 ausgeschlossen ist. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich sind Gebühren nach Nummer 1800 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte auch beihilfefähig bei therapieresistenter Achillessehnenentzündung (therapiefraktäre Achillodynie) und bei therapieresistentem Tennisarm (therapiefraktäre Epicondylitis humeri radialis). Aufwendungen für eine radiale Stoßwellentherapie sind nur beihilfefähig im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich bei Behandlung der therapiefraktären Epicondylitis humeri radialis auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung nach Gebühr Nummer 302 GOÄ, daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Beihilfefähig sind ebenfalls Aufwendungen für eine Hyperthermiebehandlung bei Tumorbehandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie und für eine Magnetfeldtherapie bei psychiatrischen Erkrankungen. Aufwendungen für Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung) sind auch beihilfefähig bei Behandlung des diabetischen Fußsyndroms ab Wagner Stadium II.

3.1 Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden. Die Anforderungen beziehen sich darauf, dass die Wirksamkeit der Behandlung oder des Mittels aus therapeutischer Sicht von der medizinischen Wissenschaft allgemein anerkannt und durch Erfahrung erprobt ist. Wissenschaftlich allgemein anerkannt ist eine Methode, wenn der herrschende oder überwiegende Teil der medizinischen Wissenschaft die Behandlung der in Rede stehenden Erkrankung mit der Therapie als wirksam und als geeignet ansieht, vgl. Bundesverwaltungsgericht, Beschluss vom 15. März 1984 – 2 C 2/83, Urteile vom 29. Juni 1995 – 2 C 15/94 und vom 18. Juni 1998 – 2 C 24/97. Wissenschaftliche Anerkennung bedeutet dabei nicht, dass die Therapie unumstritten sein muss. Allerdings ist eine allgemeine wissenschaftliche Anerkennung zu verneinen, wenn eine größere Anzahl namhafter Autoren oder wissenschaftlicher Gremien die Behandlung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse als nicht wirksam ansieht, wobei sich die Kritik gerade auf die Wirksamkeit beziehen muss, vgl. Oberverwaltungsgericht des Saarlandes, Urteil vom 1. Dezember 2015 – 1 A 96/15.

3.2 Aufwendungen für medizinische Leistungen bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen, für die eine allgemein anerkannte dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, sind in besonderen Einzelfällen beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98). In diesen Fällen kann es die Fürsorgepflicht erfordern, Beihilfe für eine wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethode zu gewähren. Dies ist der Fall, wenn

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

Darüber hinaus muss in diesen Fällen die nicht ganz entfernt liegende Möglichkeit bestehen, dass die nicht wissenschaftlich anerkannte Methode zu einer erkennbaren Linderung der Krankheitsfolgen führt. Es ist somit nicht erforderlich, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit der Heilung, der Verlängerung der Lebensdauer oder der Verbesserung der Lebensqualität besteht. Eine reale Chance reicht aus. Über die Voraussetzungen

zungen entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann dazu auf ihre Kosten eine ärztliche, vertrauensärztliche oder amtsärztliche Stellungnahme einholen.

4.1 Aufwendungen für alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung von Schwermetallvergiftungen. Die Chelat-Therapie stellt als Therapie gegen Arteriosklerose und gegen geringe Schwermetallkonzentrationen keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode dar, Aufwendungen für eine Chelat-Therapie sind daher nur beihilfefähig bei schwerwiegender Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson (Kupferspeicherkrankheit) und Siderosen (Eisenspeicherkrankheit), vgl. Oberverwaltungsgericht des Saarlandes, Urteil vom 1. Dezember 2015 – 1 A 96/15.

4.2 Nach mehreren gerichtlichen Entscheidungen stellt die Kataraktoperation unter Einsatz eines Femtosekundenlasers eine medizinisch notwendige und wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode dar, vgl. VG Köln, Urteile vom 10. November 2016 – 1 K 3094/16 und 1 K 4550/16, VG München, Urteil vom 8. Dezember 2016 – M 17 K 16.483, VG Koblenz, Urteil vom 3. Februar 2017 – 5 K 950/16.KO.

4.3 Aufwendungen für Genexpressionstests (z. B. „Oncotype DX“) sind nur in begründeten Einzelfällen beihilfefähig. Die medizinischen Indikationen für einen solchen Test ergeben sich aus der GBA-Richtlinie über die ambulante spezial-fachärztliche Versorgung nach § 116b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch. Liegt danach eine medizinische Indikation vor, sind die Aufwendungen als abgerechnete Pauschale bis zum GKV-Preis (2017: 3296,14 Euro) als beihilfefähig anzuerkennen, vgl. im Übrigen Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 28. Juni 2016 – L 5 KR 223/15.

Zu Absatz 3

1. Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und gegebenenfalls durch nichtärztliches Personal durchgeführt werden. Die Beteiligung eines Arztes muss dabei sichergestellt sein.

2. Zu den Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitusstherapien, ambulante Chemotherapie nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Neurodermitisschulungen und Diabetikerschulungen. Aufwendungen für eine ambulante Palliativversorgung sind nach Maßgabe des § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

3. Komplextherapien umfassen keine Soziotherapien, psychiatrische Krankenpflege und Maßnahmen nach § 7.

4. Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen sind nicht nach § 5 Abs. 3 beihilfefähig.

AV zu § 6

Zu Absatz 1

1. Die Beihilfefähigkeit umfasst die wegen dauernder Pflegebedürftigkeit bei einer häuslichen, teilstationären oder vollstationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 beihilfefähig. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, sind die jeweiligen Höchstsätze entsprechend zu mindern.

2. Im Rahmen des Anspruchs auf Pflegeberatung nach Absatz 1 Satz 2 sind auch Aufwendungen für Schulungskurse nach Maßgabe des § 45 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Die Pflegeberatung kann von der privaten Krankenversicherung erbracht und gegenüber der Beihilfestelle mit dem auf die Beihilfe entfallenden Anteil geltend gemacht werden. Bei der Prüfung der Angemessenheit der Aufwendungen sind die Regelungen des Bundesministeriums des Innern mit der COMPASS Private Pflegeberatung (GMBI. 2013 S. 700) entsprechend heranzuziehen.

3. Aufwendungen, die nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz-PNG) vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) entstanden sind, sind mit folgender Maßgabe beihilfefähig:

3.1 Personen, die einen Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch stellen, haben im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit einen Anspruch auf Auskunft, ob im Einzelfall die Durchführung einer Maßnahme nach § 7 oder § 5 Absatz 1 Nummer 2 notwendig ist. Diese Begutachtung gilt als Zeugnis im Sinne des § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 der AV zu § 5 Absatz 1 Nummer 2.

3.2 Die Pauschalbeihilfe nach § 6 Absatz 4 wird während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege bis zu jeweils vier Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weiter gezahlt. Dies gilt auch bei Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen (§ 6 Absatz 3 Satz 5).

3.3 Pflegebedürftige Personen in ambulant betreuten Wohngruppen, denen Beihilfe nach § 6 Absatz 3 und 4 gewährt wird, erhalten monatlich zusätzlich einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro, wenn die soziale oder private Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt; die Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen.

3.4 Neben den Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach den Vorgaben des § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn auch die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Zuschüsse erbracht hat.

3.5 Die Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege bei zu Hause gepflegten Kindern in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen werden bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres (bisher bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) als beihilfefähig anerkannt.

3.6 Auch Aufwendungen für Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder zur Rehabilitation erbringen, sind beihilfefähig, wenn während einer solchen Maßnahme für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der pflegebedürftigen Person erforderlich ist.

3.7 Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber keiner Pflegestufe zugeordnet sind (Pflegestufe 0), erhalten neben den Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 6 Absatz 11 Satz 1 je Kalendermonat

- a) Aufwendungen für häusliche Pflege nach § 6 Absatz 3 Satz 1 in Höhe von 225 Euro oder
- b) Pauschalbeihilfe nach § 6 Absatz 4 Satz 1 in Höhe von 120 Euro oder
- c) Kombinationsleistungen nach § 6 Absatz 3 Satz 5.

Für Aufwendungen der Verhinderungspflege, von Pflegehilfsmitteln und für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gelten § 6 Absatz 4 Satz 4 und § 6 Absatz 5 und 8 entsprechend.

3.8 Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen und der Pflegestufe I oder II zugeordnet sind, erhöhen sich die beihilfefähigen Höchstsätze je Kalendermonat für

- a) die Aufwendungen für häusliche Pflege nach § 6 Absatz 3 Satz 1 der
 - aa) Pflegestufe I auf 665 Euro
 - bb) Pflegestufe II auf 1250 Euro
- b) die Pauschalbeihilfe nach § 6 Absatz 4 Satz 1 der
 - aa) Pflegestufe I auf 305 Euro

bb) Pflegestufe II auf 525 Euro.

3.9 Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen der Pflegestufen I bis III sowie für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, sind auch Aufwendungen häuslicher Betreuung entsprechend § 6 Absatz 3 beihilfefähig. Die Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahme erbracht. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen häuslicher Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Es handelt sich bei der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für häusliche Betreuung lediglich um eine inhaltliche Leistungserweiterung; der beihilfefähige Höchstbetrag nach § 6 Absatz 3 bleibt unberührt.

4. Nach dem Inkrafttreten des Ersten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) zum 1. Januar 2015 gilt für Ansprüche, die ab dem 1. Januar 2015 entstehen:

4.1 Für Pflegebedürftige mit Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz sind bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 6 Absatz 3) entsprechend den Pflegestufen die Aufwendungen je Kalendermonat beihilfefähig nach Maßgabe der §§ 123 und 124 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der in § 123 Elftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegten Beträge.

4.2 Die Höhe der Pauschalbeihilfe für Pflegebedürftige mit Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz bei einer häuslichen Pflege durch andere Pflegepersonen (§ 6 Absatz 4 Satz 1) bestimmt sich je Kalendermonat nach Maßgabe des § 123 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der dort festgelegten Beträge.

4.3 Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch sind unter den dafür festgelegten Voraussetzungen und in Höhe der dort festgelegten Beträge beihilfefähig, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht.

4.4 Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in ambulant betreuten Wohngruppen, denen Beihilfe für häusliche Pflege gewährt wird, erhalten monatlich zusätzlich einen pauschalen Zuschlag nach Maßgabe des § 38a Elftes Buch Sozialgesetzbuch in Höhe des dort festgelegten Betrages, wenn die soziale oder private Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt; die Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen. Dies gilt für Personen der Pflegestufe 0 entsprechend.

4.5 Für Pflegebedürftige mit Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz sind Aufwendungen einer teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege (§ 6 Absatz 3) je Kalendermonat beihilfefähig nach Maßgabe der §§ 123 und 124 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der in § 123 Elftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegten Beträge. Aufwendungen für teilstationäre Tages- und Nachtpflege sind neben den Aufwendungen der häuslichen Pflege beihilfefähig. § 6 Absatz 3 Satz 5 ist nicht mehr anzuwenden.

4.6 Bei Verhinderung der Pflegeperson und bei Kurzzeitpflege gelten die §§ 39 und 42 Elftes Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

4.6.1

- Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege sind nach Maßgabe des § 39 Elftes Buch Sozialgesetzbuch in Höhe des dort festgelegten Betrages für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr beihilfefähig.
- Werden die beihilfefähigen Höchstbeträge für Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Verhinderungspflege um den in § 39

Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegten Betrag (50 % des Höchstbetrages für Kurzzeitpflege) erhöht werden. In diesen Fällen können entsprechende Aufwendungen bis zu dem in § 39 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag als beihilfefähig anerkannt werden.

- Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag der Kurzzeitpflege.
- Eine Erhöhung des beihilfefähigen Höchstbetrages der Verhinderungspflege ist ausgeschlossen, wenn die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind und die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt.

4.6.2 Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege sind nach Maßgabe des § 42 Elftes Buch Sozialgesetzbuch in Höhe des dort festgelegten Betrages für längstens vier Wochen je Kalenderjahr beihilfefähig.

- Werden die beihilfefähigen Höchstbeträge für Verhinderungspflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Kurzzeitpflege um bis zu dem in § 42 Absatz 2 Satz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegten Betrag (100 % des Höchstbetrages für Verhinderungspflege) erhöht werden. In diesen Fällen können entsprechende Aufwendungen bis zu dem in § 42 Absatz 2 Satz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag für längstens acht Wochen je Kalenderjahr als beihilfefähig anerkannt werden.
- Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag der Verhinderungspflege.
- Die Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen werden für alle zu Hause gepflegten beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen als beihilfefähig anerkannt (bisher nur bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres).

4.6.3 Nummer 4.6.1 und 4.6.2 gelten für Personen der Pflegestufe 0 entsprechend.

4.7.1 Die beihilfefähigen Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 6 Absatz 11) bestimmen sich nach den in § 45b Absatz 1 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegten Beträgen. Diese belaufen sich ab dem 1. Januar 2015 monatlich auf 104 Euro (Grundbetrag) und 208 Euro (erhöhter Betrag). Bei pflegebedürftigen Personen, die nicht zusätzlich die Voraussetzungen des § 45a Elftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllen, ist der Grundbetrag beihilfefähig.

4.7.2

- Aufwendungen für niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (z. B. Bewältigung von allgemeinen Anforderungen des Alltags) im jeweiligen Kalendermonat sind bis zu 40 % des für die jeweilige Pflegestufe beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 6 Absatz 3 und nach § 123 Elftes Buch Sozialgesetzbuch für ambulante Pflegesachleistungen beihilfefähig, wenn dieser noch nicht ausgeschöpft ist. Dieser Höchstbetrag darf in diesen Fällen nicht überschritten werden.
- Hiervon unberührt bleibt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach 4.7.1.

4.8 Aufwendungen für Hilfsmittel zur Linderung von Beschwerden, zur Erleichterung der Pflege oder der selbstständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen sind nach den Maßstäben des § 40 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Der Betrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bemisst sich nach dem in § 40 Absatz 2 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag. In Pflegefällen kann die rein beihilferechtliche Würdigung einer Maßnahme nach § 6 Absatz 8 Satz 1 hinter eine in der Pflegeversicherung bestehende Wertung zurücktreten.

4.9 Aufwendungen nach § 6 Absatz 8 sind auch für Personen der Pflegestufe 0 beihilfefähig.

4.10 Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig. Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe dieser Vorschrift für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung pflegebedürftiger Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Aufwendungen für Vergütungszuschläge sind beihilfefähig, wenn die Pflegeeinrichtung diese auf Grund entsprechender Vereinbarungen berechnen darf. Grundlage für die Beihilfegewährung ist die Entscheidung der jeweiligen Pflegeversicherung.

5. Leistungen für eine Übergangspflege im Krankenhaus sind entsprechend § 39e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Aufwendungen für Wahlleistungen im Rahmen einer Übergangspflege im Krankenhaus wie beispielsweise eine gesondert berechnete Unterkunft sind nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 2

1.

- a) 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.
- b) Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen und vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden, gleichaltrigen Kind maßgebend.
- c) 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 Zubettgehen, 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.

2. Die Höhe der Beihilfeleistungen ist abhängig von den folgenden drei Pflegestufen:

- Pflegebedürftige der 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 Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder bei Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich

mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

- Pflegebedürftige der 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 Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. Begriff der Pflegebedürftigkeit und Einführung von fünf Pflegegraden (§ 6 Absatz 2 BhVO i.V.m. §§ 14 und 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch); neues Begutachtungsinstrument

Ab dem 1. Januar 2017 wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert. Pflegebedürftig sind nunmehr Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen (vgl. § 14 Absatz 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch). Mit der neuen Definition der Pflegebedürftigkeit wird auch ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt. Die Inhalte des Begutachtungsinstruments und der Ablauf des Begutachtungsverfahrens ergeben sich aus den §§ 14, 15 einschließlich der Anlagen 1 und 2 zu § 15 und § 18 Elftes Buch Sozialgesetzbuch. Statt einer Zuordnung zu einer der bisherigen drei Pflegestufen erfolgt zukünftig eine Zuordnung zu einem von fünf Pflegegraden.

Das neue Begutachtungsinstrument erhebt in sechs für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit relevanten Bereichen (Modulen) das jeweilige Ausmaß der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und damit einhergehend das Ausmaß der Abhängigkeit von Hilfe durch andere. Die bisherige Beschränkung auf bestimmte, körperbezogene Verrichtungen entfällt ebenso wie die gesonderte Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz. Pflegebedürftig sind nun alle Menschen, die aufgrund der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsinstrument einen Pflegegrad erhalten, unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt. Alle Pflegebedürftigen haben zudem – abhängig von ihrem Pflegegrad – Zugang zu den gleichen Leistungen der Pflegeversicherung.

Mit den fünf Pflegegraden wird auch ein neuer Pflegegrad 1 eingeführt, der bereits bei geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (bisher war mindestens eine erhebliche Pflegebedürftigkeit erforderlich) einen Anspruch auf bestimmte Leistungen der Pflegeversicherung gibt. Damit soll den Versicherten möglichst frühzeitig die Inanspruchnahme von Leistungen ermöglicht werden, die die Selbständigkeit erhalten oder eine Abnahme der Selbständigkeit verzögern oder verringern können.

3.1 Überleitung von bestehenden Pflegestufen in Pflegegrade (§ 140 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird per Gesetz automatisch in das neue System der Pflegegrade übergeleitet. Die Gestaltung der Überleitungsregelungen verfolgt dabei zwei wesentliche Ziele: Zum einen sollen bisherige Leistungsbezieher(innen) durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter als bisher gestellt werden. Daher erfolgt die Überleitung grundsätzlich in einen Pflegegrad, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind. Ist dies ausnahmsweise nicht der Fall, besteht Besitzstandsschutz. Zum anderen sollen umfangreiche Neubegutachtungen vermieden werden.

Die aufgrund der gesetzlichen Anordnung erfolgende Zuordnung zu einem Pflegegrad ist den Versicherten seitens ihrer Pflegekasse oder ihres privaten Versicherungsunternehmens schriftlich mitzuteilen. Für Personen, die keine Überleitung nachweisen können, ist von der zuständigen Festsetzungsstelle die Überleitung entsprechend § 140 Elftes Buch Sozialgesetzbuch auf der Grundlage entsprechender medizinischer Bewertungen vorzunehmen.

(von) Pflegestufe	(nach) Pflegegrad
ohne Pflegestufe, aber erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	2
I	2
I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	3
II	3
II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	4
III	4
III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5
III Härtefall	5
III Härtefall und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5

Unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umfasst Pflege alle pflegerischen Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch genannten sechs Bereichen (Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Pflege umfasst zukünftig somit auch regelhaft (pflegerische) Betreuungsmaßnahmen.

4. Begriff der Pflegeperson (§ 19 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Pflegepersonen sind Personen, die nicht gewerbsmäßig Pflegedürftige im Sinne des § 14 Elftes Buch Sozialgesetzbuch in ihrer häuslichen Umgebung pflegen.

Der zeitliche Mindestaufwand der Pflegepersonen zum Erhalt von Leistungen der sozialen Sicherung wird nun auf zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, reduziert.

5. Häusliche Pflege (§ 6 Absatz 3 BhVO)

5.1 Häusliche Pflegehilfe (§ 6 Absatz 3 BhVO i.V.m. § 36 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Die häusliche Pflegehilfe wurde aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neu definiert. Häusliche Pflegehilfe umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Sie ist auch beihilfefähig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden. Die außerhäusliche Pflege darf in diesen Fällen jedoch nicht in vollstationären Einrichtungen (§ 6 Absatz 6 BhVO) oder einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erfolgen.

Die häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, durchgeführt. Die Aufwendungen der häuslichen Pflegehilfe sind nach Maßgabe des § 36 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der dort festgelegten Beträge beihilfefähig.

5.2 Pauschalbeihilfe/Pflegegeld (§ 6 Absatz 4 BhVO i.V.m. § 37 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person mit dem Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Sie stellt kein Entgelt für erbrachte Pflegeleistungen dar, sondern ist eine Art Anerkennung für die von Angehörigen, Freunden oder anderen Menschen erbrachten Unterstützungs- und Hilfeleistungen.

Pauschalbeihilfe/Pflegegeld sind für die Pflegegrade 2 bis 5 in folgender Höhe beihilfefähig:

Pflegegrad	Pauschalbeihilfe/Pflegegeld Euro/Monat (§ 37 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)
2	316 Euro
3	545 Euro
4	728 Euro

5

901 Euro

5.3 Beratungsbesuche (§ 6 Absatz 4 BhVO i.V.m. § 37 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Ein Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch ist bei pflegebedürftigen Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegegeld beziehen, in bestimmten Abständen durchzuführen (Pflegegrade 2 und 3: halbjährlich, Pflegegrade 4 und 5: vierteljährlich). Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1, die in der Häuslichkeit versorgt werden, und pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die häusliche Pflegehilfe oder Kombinationsleistung aus häuslicher Pflegehilfe und Pflegegeld in Anspruch nehmen, können den Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6 Elftes Buch Sozialgesetzbuch einmal pro Halbjahr freiwillig in Anspruch nehmen.

Die beihilfefähige Pauschale für den Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beträgt 23 Euro für die Pflegegrade 1 bis 3 und 33 Euro für die Pflegegrade 4 und 5.

5.4 Kombinationsleistung (§ 6 Absatz 3 BhVO i.V.m. § 38a Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Die Regelungen der Kombination von häuslicher Pflegehilfe und Pauschalbeihilfe gelten unverändert fort.

6. Verhinderungspflege (§ 6 Absatz 4 BhVO i.V.m. § 39 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Die Regelungen der Verhinderungspflege gelten unverändert fort. Der Anspruch auf Verhinderungspflege besteht ab dem 1. Januar 2017 nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben keinen Anspruch auf Verhinderungspflege. Der beihilfefähige Betrag der Verhinderungspflege beträgt weiterhin 1.612 Euro für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. Die Hälfte des beihilfefähigen Betrages für Kurzzeitpflege kann auch für Aufwendungen der Verhinderungspflege genutzt werden.

7. Teilstationäre Pflege (§ 6 Absatz 3 BhVO i.V.m. § 41 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Aufwendungen für teilstationäre Pflege sind für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in folgender Höhe beihilfefähig:

Pflegegrad	teilstationäre Pflege Euro/Monat (§ 41 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)
2	689 Euro
3	1.298 Euro
4	1.612 Euro
5	1.995 Euro

8. Kurzzeitpflege (§ 6 Absatz 5 BhVO i.V.m. § 42 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Die Regelungen der Kurzzeitpflege gelten unverändert fort. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht ab dem 1. Januar 2017 nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben keinen Anspruch auf Kurzzeitpflege. Der beihilfefähige Betrag der Kurzzeitpflege beträgt weiterhin 1.612 Euro für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. Der beihilfefähige Betrag für Verhinderungspflege kann auch für Aufwendungen der Kurzzeitpflege genutzt werden.

9. Ambulant betreute Wohngruppen (§ 6 Absatz 8 BhVO i.V.m. § 38a und § 45e Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Entstehen Aufwendungen im Fall häuslicher Pflege oder von Kombinationsleistungen in ambulant betreuten Wohngruppen und sind auch die Voraussetzungen nach § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, wird eine weitere Beihilfe entsprechend § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum jeweiligen Bemessungssatz gewährt. Daneben sind Aufwendungen im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen entsprechend § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

Der beihilfefähige Leistungsbetrag des Wohngruppenschlages erhöht sich ab 1. Januar 2017 auf 214 Euro pro Monat. Von maximal zwölf Personen, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe wohnen dürfen, müssen mindestens drei pflegebedürftig sein.

Ab dem 1. Januar 2017 wird die Möglichkeit der Kombination von teilstationärer Pflege und dem Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft unter Inanspruchnahme des Wohngruppenschlages nach § 38a Elftes Buch Sozialgesetzbuch präzisiert. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die Medicproof GmbH für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung prüft dazu im Einzelfall, ob die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. In diesen Fällen ist daher bei der Gewährung von Beihilfe für teilstationäre Pflege neben dem pauschalen Zuschlag auf die Entscheidung der Pflegeversicherung abzustellen.

Die Regelungen für die beihilfefähigen Aufwendungen der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gelten unverändert fort.

10. Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
(§ 6 Absatz 8 BhVO i.V.m. § 40 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Die Regelungen für die beihilfefähigen Aufwendungen von Pflegehilfsmitteln und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes gelten unverändert fort.

Zur Verwaltungsvereinfachung und Entlastung der Versicherten und Pflegebedürftigen von Bürokratie ist – auch zur Feststellung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen – keine ärztliche Verordnung zum Nachweis der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln erforderlich, wenn

- im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 Elftes Buch Sozialgesetzbuch dienen, getroffen werden und
- die Versicherten hiermit einverstanden sind (siehe zum Ganzen § 18 Absatz 6a Elftes Buch Sozialgesetzbuch).

Diese Vereinfachung umfasst auch Hilfsmittel, die dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch unterfallen. Allerdings hat der Gesetzgeber für diese Hilfsmittel die Vereinfachung bis zum 31. Dezember 2020 befristet.

11. Vollstationäre Pflege (§ 6 Absatz 6 BhVO)

11.1 Leistungsinhalt und Leistungsbeträge der vollstationären Pflege (§ 6 Absatz 6 BhVO i.V.m. § 43 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Verständnis von Pflege wird mit § 43 Absatz 2 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch klargestellt, dass zu den vollstationären Leistungen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege gehören.

Aufwendungen für vollstationäre Pflege sind für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in folgender Höhe beihilfefähig:

Pflegegrad	Vollstationäre Pflege Euro/Monat (§ 43 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)
2	770 Euro
3	1.262 Euro
4	1.775 Euro

5

2.005 Euro

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 wird ein einheitlicher einrichtungsindividueller Eigenanteil am Pflegesatz ermittelt. Der Eigenanteil ist vom Pflegegrad unabhängig und steigt somit nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit.

Vom einheitlichen einrichtungsindividuellen Eigenanteil nicht umfasst sind die von Pflegebedürftigen daneben zu tragenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten.

Die bisherigen Regelungen zur Abmilderung von Härtefällen bleiben unverändert.

Zur Begrenzung des pflegebedingten Anteils bei vollstationärer Pflege gewährt die Beihilfe einen Leistungszuschlag zu den Pflegeheimkosten neben der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung anteilig zum jeweiligen Bemessungssatz nach Maßgabe des § 43c Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der dort festgelegten Höhe.

11.2 Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 6 Absatz 9 BhVO i.V.m. § 43b Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung sind im § 43b Elftes Buch Sozialgesetzbuch als neuer eigenständiger Leistungsanspruch geregelt (bisheriger § 87b Elftes Buch Sozialgesetzbuch). Damit haben Pflegebedürftige ab 1. Januar 2017 einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber ihrer Pflegeversicherung. Die Leistungen sind für Pflegebedürftige ab Pflegegrad 1 in allen stationären Einrichtungen einschließlich teilstationärer Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege zu erbringen.

Die Vorschrift des § 43b Elftes Buch Sozialgesetzbuch zielt darauf ab, zusätzliches Personal für dieses Betreuungsangebot in den Einrichtungen bereitzustellen. Die Besonderheit dieser Leistung liegt darin, dass sie durch die Pflegeversicherung und die Festsetzungsstelle vollständig finanziert wird.

11.3 Zusätzlicher Betrag für Pflegeeinrichtungen nach Durchführung erfolgreicher aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen (§ 6 Absatz 9 BhVO i.V.m. § 87a Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Pflegeeinrichtungen, deren genannte Maßnahmen zu einem niedrigeren Pflegegrad oder dessen Wegfall führen, erhalten nach wie vor einen zusätzlichen Betrag. Die Aufwendungen sind ab 1. Januar 2017 in Höhe von 2.952 Euro beihilfefähig. Der Betrag unterliegt einer dreijährigen Dynamisierung, § 87a Absatz 4 Satz 2 i.V.m. § 30 Elftes Buch Sozialgesetzbuch.

12. Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 6 Absatz 9 BhVO i.V.m. § 43a Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Aufwendungen für Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 bis zu einer Höhe von 266 Euro pro Kalendermonat beihilfefähig.

13. Aufwendungen bei Pflegegrad 1 (§ 6 Absatz 2 i.V.m. § 28a Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind Aufwendungen für Leistungen nur in dessen Rahmen beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Leistungen, die ausschließlich Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 zustehen, ist ausgeschlossen. Daneben beteiligt sich die Beihilfe an den Kosten der Pflegeberatung nach § 6 Absatz 1 BhVO und an den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen.

14. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag (§ 6 Absatz 3 BhVO i.V.m. § 45a und § 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Aufwendungen für Leistungen

1. zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende oder

2. zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags

sind entsprechend den §§ 45a und 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

14.1 Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Die bisherigen „niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote“ heißen ab 1. Januar 2017 „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ und sind unterteilt in

- Betreuungsangebote (z.B. Tagesbetreuung, Einzelbetreuung)
- Angebote zur Entlastung von Pflegenden (z.B. durch Pflegebegleitung)
- Angebote zur Entlastung im Alltag (z.B. in Form von praktischen Hilfen).

Der bislang in § 45b Absatz 3 a.F. Elftes Buch Sozialgesetzbuch geregelte Anspruch auf eine Kostenerstattung für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote unter Anrechnung auf den Leistungsbetrag für Pflegesachleistungen – maximal in Höhe von 40 Prozent des jeweiligen Höchstbetrages für Sachleistungen – wird nun in § 45a Absatz 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch geregelt. Einen Anspruch auf Umwandlung für Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag von bis zu 40 Prozent des Budgets für häusliche Pflegehilfe haben nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5.

Ab 1. Januar 2017 ist ausdrücklich geregelt, dass es kein Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen der Anwendung dieser 40-Prozent-Regelung und der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch (siehe auch 14.2) gibt. Das heißt, die Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages erfolgen unabhängig voneinander. Die Pflegebedürftigen entscheiden somit selbst, welche Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag sie beihilfeseitig geltend machen möchten.

Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach § 45a Elftes Buch Sozialgesetzbuch bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch entsteht, sobald die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf.

14.2 Entlastungsbetrag (§ 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar Nahestehender (§ 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch, Entlastungsbetrag). Die Höhe des beihilfefähigen Entlastungsbetrages beträgt 125 Euro pro Kalendermonat. Dieser Entlastungsbetrag ersetzt den bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Anspruch auf Erstattung für Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 6 Absatz 3 BhVO i.V.m. § 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung und ist im Wesentlichen gleich ausgestaltet. So können Aufwendungen innerhalb eines Kalenderjahres geltend gemacht werden. Nicht in dem jeweiligen Kalenderjahr ausgeschöpfte Erstattungsansprüche können in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Folgende Aufwendungen werden erfasst:

Pflegegrad	Leistungen
1	<ul style="list-style-type: none"> - teilstationäre Pflege - Kurzzeitpflege - häusliche Pflegehilfe - Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a Elftes Buch Sozialgesetzbuch)
2 bis 5	<ul style="list-style-type: none"> - teilstationäre Pflege - Kurzzeitpflege

- häusliche Pflegehilfe, ausgenommen sind Leistungen im Bereich der Selbstversorgung im Sinne des § 14 Absatz 2 Nummer 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (z. B. Waschen, An- und Auskleiden, Ernährung, Trinken, Toilettenbenutzung)
- Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

15. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§§ 19, 44 und 44a Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Auf Antrag der Pflegeperson sind Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a Absatz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle führt an die jeweiligen Leistungsträger Leistungen ab für die Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur sozialen Sicherung nach § 44 Absatz 1, 2 und 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nach § 26 Absatz 2 Nummer 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit den §§ 345 und 347 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch. Die genannten Leistungen werden in der Höhe gewährt, die dem Bemessungssatz der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person entspricht.

Hinsichtlich der Änderungen bezüglich der Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen und des Einbezugs in die Arbeitslosenversicherung sind maßgebend die Gemeinsamen Rundschreiben von PKV-Verband, GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung und Bundesagentur für Arbeit.

Die sich ab dem 1. Januar 2017 ergebenden Auswirkungen auf das Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen sind im Gemeinsamen Rundschreiben vom 1. August 2016 (aktualisiert am 13. Dezember 2016) zusammengefasst. Für Pflegezeiten vor dem 1. Januar 2017 finden die Ausführungen zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht für Pflegepersonen in der Renten- und Arbeitslosenversicherung in den Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung vom 9. Januar 2013 und 1. Juli 2008 weiterhin Anwendung.

15.1 Rentenversicherung

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen neu geregelt. Beiträge zur Rentenversicherung werden grundsätzlich für alle Pflegepersonen gezahlt, die eine pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 2 bis 5 mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind. Die Rentenversicherungsbeiträge steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Durch die Absenkung der erforderlichen wöchentlichen Mindestpflege von 14 Stunden auf künftig zehn Stunden sowie durch die Einbeziehung der bisherigen Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 (künftig übergeleitet in den Pflegegrad 2) ist künftig von einer nicht unerheblichen Ausweitung der sozial abgesicherten Pflegepersonen auszugehen. Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen wird in § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch neu geregelt. Sie sind nunmehr neben dem Pflegegrad der Pflegebedürftigen in Abhängigkeit davon gestaffelt, ob die Pflegebedürftigen häusliche Pflegehilfe (5.1), Pauschalbeihilfe/Pflegegeld (5.2) oder Kombinationsleistung (5.4) in Anspruch nehmen. Als beitragspflichtige Einnahmen gelten bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen folgende Beitragsbemessungsgrundlagen:

Pflegegrad in Prozent der Bezugsgröße (§ 18 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

	Pflegegeld (Pauschalbeihilfe)	Kombinationspflege	Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe)
2	27,00 %	22,95 %	18,90 %
3	43,00 %	36,55 %	30,10 %
4	70,00 %	59,50 %	49,00 %

5

100,00 %

85,00 %

70,00 %

Pflegt eine Pflegeperson mehrere Pflegebedürftige, wird der Anteil der Bezugsgröße je pflegebedürftiger Person berechnet (§ 166 Absatz 2 Satz 3 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch).

15.2 Arbeitslosenversicherung

Pflegepersonen im Sinne des § 19 Elftes Buch Sozialgesetzbuch sind künftig unter den Voraussetzungen des § 26 Absatz 2b Drittes Buch Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig und damit in das Leistungssystem der Arbeitsförderung einbezogen (siehe auch § 44 Absatz 2b Elftes Buch Sozialgesetzbuch). Diese allgemeine Versicherungspflicht ersetzt die bisher auf den Fall der Inanspruchnahme der Pflegezeit beschränkte Versicherungspflicht.

Nach § 26 Absatz 2b Satz 1 Drittes Buch Sozialgesetzbuch ist grundsätzlich erforderlich, dass unmittelbar vor der Pflege Tätigkeit Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch bestand. Beamtinnen und Beamte als Pflegepersonen werden damit grundsätzlich nicht von der Versicherungspflicht erfasst.

Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden aus 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße berechnet; die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet ist zu beachten (§ 345 Nummer 8 Drittes Buch Sozialgesetzbuch).

15.3 Mitteilungen der Pflegeversicherungen an die Festsetzungsstellen

Mit der Neuregelung wurden auch die Meldetatbestände der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen erweitert. Neben den bisherigen Meldungen sind künftig auch Folgemeldungen bei allen Änderungen in den Verhältnissen der pflegebedürftigen Person oder der Pflegeperson, die Einfluss auf die Versicherungs- und Beitragspflicht oder die Höhe der Beiträge in der gesetzlichen Rentenversicherung haben, den Beihilfestellen oder dem Dienstherrn mitzuteilen. Dies sind z.B. eine Änderung des Pflegegrades, eine Unterbrechung der Pflege Tätigkeit oder ein Wechsel der Pflegeperson. Aufgrund der künftigen Einbeziehung von Pflegepersonen in die Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b Drittes Buch Sozialgesetzbuch gelten die Mitteilungspflichten der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen hinsichtlich der Meldetatbestände an die Festsetzungsstelle entsprechend, soweit diese Einfluss auf die Versicherungs- und Beitragspflicht in der Arbeitsförderung haben.

16. Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen (§ 6 Absatz 2 BhVO i.V.m. § 141 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

16.1 Grundsatz des Besitzstandsschutzes

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollen bisherige Leistungsbeziehungen und Leistungsbezieher nicht schlechter als bisher gestellt werden. Viele werden sogar besser gestellt. Daher erfolgt die Überleitung grundsätzlich in einen Pflegegrad, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind. Ist dies ausnahmsweise nicht der Fall, haben beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, Besitzstandsschutz nach § 6 Absatz 2 BhVO i.V.m. § 141 Elftes Buch Sozialgesetzbuch.

16.2 Wichtigste Besitzstandsschutzregeln des § 141 Elftes Buch Sozialgesetzbuch

16.2.1 Allgemeine Besitzstandsregel

Besitzstandsregeln gelten insbesondere für die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, 41, 44a, 45b, 123 und 124 SGB Elftes Buch Sozialgesetzbuch (§ 6 BhVO) in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung.

16.2.2 Besitzstandsschutz in besonderen Fällen

16.2.2.1 erhöhter Betrag

In Fällen des § 45b Elftes Buch Sozialgesetzbuch (erhöhter Betrag) kann ein besonderer Besitzstandsschutz greifen (vgl. § 141 Abs.2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch). Die Anspruchsberechtigten werden von ihrer Pflegekasse bzw. ihrem privaten Versicherungsunternehmen schriftlich über das Bestehen des Anspruchs auf Besitzstandsschutz unterrichtet. Dieser Nachweis ist der Festsetzungsstelle vorzulegen.

16.2.2.2 vollstationäre Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung

Bei Aufenthalt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung soll es durch die Zuordnung in einen neuen Pflegegrad nicht zu einem Anstieg des pflegebedingten Eigenanteils des Pflegebedürftigen kommen. Vielmehr wird die Pflegekasse bzw. Festsetzungsstelle in diesen Fällen einen Zuschlag zu den neuen Pflegeleistungen zahlen müssen, um den ggf. ab 1. Januar 2017 bestehenden höheren Eigenanteil im Vergleich zum bisherigen Eigenanteil auszugleichen. Dieser Zuschlag ergibt sich aus der Differenz des bisherigen Eigenanteils am Pflegesatz zum ggf. höheren pflegebedingten Eigenanteil und soll dauerhaft gezahlt werden. Künftige weitere Erhöhungen des pflegebedingten Eigenanteils, z.B. durch Erhöhung des Pflegesatzes, gehen weiterhin zu Lasten des Pflegebedürftigen.

16.3 Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

Besondere Besitzstandsregeln gelten auch für die Zahlung der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung von Pflegepersonen (§ 141 Absatz 4, 4a Elftes Buch Sozialgesetzbuch). Hinzuweisen ist auch auf die unmittelbar geltende Übergangsregelung des § 446 Absatz 1 Drittes Buch Sozialgesetzbuch. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung während einer Pflegezeit nach § 3 Absatz 1 Pflegezeitgesetz, die am 31. Dezember 2016 bestand und darüber hinaus fort dauert, sind danach für die Dauer dieser Pflegezeit zu zahlen. Das gilt auch für die Zeit, die in das Jahr 2017 fällt. Diese Beiträge berechnen sich nach dem am 31. Dezember 2016 geltenden Recht.

Zu Absatz 3

1. 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 oder
- von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
- von der Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung angestellt sind.

Geeignete Pflegekräfte sind auch Einzelpersonen, wenn sie die Anforderungen der Pflegedienste erfüllen.

2. Ein Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege besteht dann, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder der Nachtpflege und zurück.

3. Eine Notlage aufgrund zwingend notwendiger Aufwendungen liegt nur vor, wenn die Bezüge des Beamten und seiner versorgungsberechtigten Hinterbliebenen nicht ausreichen, die Aufwendungen zu decken und sie sonst auf die Leistungen der Sozialhilfe angewiesen wären.

Zu Absatz 4

1.1 Zeiten, für die Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, §§ 7 und 8 oder Absatz 6 für den Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gezahlt. Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) oder einer Sanatoriumsbehandlung (§ 7). Die zeitweise Abwesenheit des Pfl-

gebedürftigen tagsüber wegen des Besuchs eines Kindergartens, einer Schule, einer Werkstatt für Behinderte oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung steht der Zahlung der Pauschalbeihilfe nicht entgegen. Dies gilt auch bei Erwerbstätigkeit von Pflegepersonen, wenn die häusliche Pflege insgesamt sichergestellt bleibt. Für Pflegepersonen sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 44 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. Die Beiträge sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe c Sechstes Buch Sozialgesetzbuch von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung legt der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger fest.

1.2 Die Beschäftigung und Betreuung, z. B. in einer Werkstatt für Behinderte, ist keine Pflege im Sinne der BhVO. 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. Fahrtkosten).

2. Leistungen nach § 64 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (Pflegegeld) stehen einer Zahlung der Pauschalbeihilfe nicht entgegen. Entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind insbesondere solche nach § 35 Bundesversorgungsgesetz, § 34 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes. Sozialleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch sind grundsätzlich nachrangig gegenüber sonstigen zustehenden Leistungen. Die Gewährung der Beihilfe darf nicht mit Hinweis auf diese Leistungen versagt werden, § 2 Abs. 2 Satz 2 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch. Gegenüber der Pauschalbeihilfe sind Entschädigungsleistungen nach § 35 Bundesversorgungsgesetz vorrangig und Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c Bundesversorgungsgesetz nachrangig.

3. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

4. Wird die Pflege teilweise durch geeignete Pflegekräfte (Abs. 3) oder durch andere Pflegepersonen (Abs. 4) erbracht, wird die Beihilfe anteilig gewährt. Dabei wird die Pauschalbeihilfe um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Leistungen nach Absatz 3 in Anspruch genommen hat. Als Nachweis für die erbrachte Pflege durch andere Pflegepersonen reicht eine formlose Bescheinigung dieser Pflegeperson aus.

5. Beschäftigte haben nach § 3 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit nach § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn sie Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige pflegen. Auf Beamtinnen und Beamte als Pflegende ist das Pflegezeitgesetz nicht anzuwenden.

5.1 Allgemeines

5.1.1 Pflegezeit

Mit Artikel 3 des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874/896) ist durch das Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG) die Möglichkeit geschaffen worden, dass ab 1. Juli 2008 Beschäftigte, die nahe Angehörige (§ 7 Abs. 3 PflegeZG) im häuslichen Umfeld pflegen, mit ihrem Arbeitgeber eine unbezahlte Freistellung von der Arbeit bis zu einer Dauer von insgesamt 6 Monaten (ggf. aufgeteilt auf mehrere Zeiträume) mit einer Rückkehrmöglichkeit vereinbaren können („Pflegezeit“). Soweit bei dem Arbeitgeber mehr als 15 Personen beschäftigt sind, besteht ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit. Weitere Einzelheiten ergeben sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit vom 1. Juli 2008.

5.1.2 Arbeitslosenversicherung, Kranken- und Pflegeversicherung

Während der Pflegezeit sind die nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes freigestellten Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer nach den in § 26 Abs. 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen in der Arbeitslosenversicherung pflichtversichert und haben einen Anspruch auf einen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung (§ 44a Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Soweit Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe haben oder berücksichtigungsfähige Angehörige sind, werden die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und der Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag von der Pflegeversicherung bzw. den Pflegekassen und den Beihilfefestsetzungsstellen anteilig gezahlt.

5.2 Abführung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung

5.2.1 Mitteilungsverfahren

Zur Ermittlung der Beiträge werden den Beihilfefestsetzungsstellen von den Pflegekassen bzw. den privaten Pflegeversicherungsunternehmen spätestens am Ende der Pflegezeit folgende Informationen übermittelt (vgl. Abschnitt V Nr. 2 und Anlage 4 des gemeinsamen Rundschreibens):

- Familien- und Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Pflegebedürftigen,
- Familienname, Vorname und Geburtsdatum und Anschrift der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt (arbeitslosenversicherungspflichtige Pflegeperson),
- die Rentenversicherungsnummer der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt (soweit bekannt),
- Beginn und Ende der Beitragspflicht sowie Rechtskreiskennzeichnung („Ost“ oder „West“),
- Angaben zum Beihilfeberechtigten, falls der Pflegebedürftige keinen eigenen Beihilfeanspruch hat.

Eine Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge durch die Beihilfefestsetzungsstelle ergibt sich erst nach Erhalt dieser Mitteilung.

5.2.2 Beiträge

Soweit Änderungen in der Sozialversicherung erfolgen, treten an Stelle der genannten Rechengrößen, Beitragssätze usw. die für den jeweiligen Zeitraum geltenden.

5.2.2.1 Fälligkeit

Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung erfolgt als Gesamtbeitrag für das Kalenderjahr (Beitragsjahr), in dem eine Person Pflegezeit in Anspruch genommen hat (§ 349 Abs. 5 Satz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). Die Beiträge sind auf Grund der Mitteilungen (Nr. 5.2.1) unabhängig von der Stellung eines Beihilfeantrages im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt (erste Fälligkeit somit zum 31. März 2009). Dabei sind eventuelle Überzahlungen oder Minderzahlungen aus vorherigen Beitragsjahren auszugleichen. Geht für das abzurechnende Beitragsjahr die Mitteilung bei der Beihilfefestsetzungsstelle bis zum 28. Februar bzw. 29. Februar des Folgejahres ein, sind die Beiträge für die darin genannten Personen mit dem auf das abzurechnende Beitragsjahr entfallenden Beitrag zum 31. März desselben Jahres fällig. Geht die Mitteilung dagegen nach dem 28. Februar bzw. 29. Februar ein, können die Beiträge mit dem Gesamtbeitrag des Folgejahres gezahlt werden.

Beispiel:

Eingang der Mitteilung	15. 2. 2009
Beitragspflicht vom	1. 8. 2008 bis 31. 1. 2009

Die Beiträge für die Zeit vom 1. August bis 31. Dezember 2008 sind in die spätestens am 31. März 2009 fällige Beitragszahlung einzubeziehen; der Beitrag für Januar 2009 ist bei der bis Ende März 2010 fälligen Beitragszahlung zu berücksichtigen.

5.2.2.2 Beitragshöhe

Nach § 345 Nr. 8 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch betragen die beitragspflichtigen „Einnahmen“ bei Personen in der Pflegezeit 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße in der Sozialversicherung (§ 18 Abs. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch). Wird die Pflgetätigkeit im Beitrittsgebiet ausgeübt, ist die dort geltende Bezugsgröße (Bezugsgröße [Ost], § 18 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) maßgebend. Der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt der Pflegeperson ist in diesem Zusammenhang unbeachtlich.

Ausgehend von der geltenden Bezugsgröße im Kalenderjahr 2008 in Höhe von 2485,- Euro (West) bzw. 2100,- Euro (Ost), betragen die beitragspflichtigen Einnahmen 248,50 Euro (West) bzw. 210,- Euro (Ost) monatlich.

Die Beiträge werden nach einem Prozentsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben. Maßgebend ist der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung, der in dem Zeitraum gilt, für den die Freistellung von der Arbeitsleistung nach dem Pflegezeitgesetz wirksam ist. Im Kalenderjahr 2008 beträgt der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung 3,3 v. H. Daraus errechnet sich für das Jahr 2008 ein monatlicher Gesamtbeitrag in Höhe von 8,20 Euro (West) bzw. 6,93 Euro (Ost).

5.2.2.3 Zahlung der Beiträge

Der Gesamtbeitrag ist auf das Konto der Bundesagentur für Arbeit Nr. 760 016 00 bei der Deutschen Bundesbank, Filiale Nürnberg, BLZ 760 000 00 zu überweisen. Eine Trennung nach den Rechtskreisen „Ost“ und „West“ ist nicht erforderlich. Die in den Überweisungsbeleg zu übernehmenden Angaben ergeben sich aus Abschnitt III Nr. 4.1 des gemeinsamen Rundschreibens.

Zur „Betriebsnummer“ der zahlenden Stelle wird darauf hingewiesen, dass sie auch für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen erforderlich ist. Sofern die Betriebsnummer nicht bereits vorhanden ist, muss sie bei der örtlichen Agentur für Arbeit, in deren Bezirk die Beihilfefestsetzungsstelle liegt, beantragt werden. Nähere Informationen sind unter der Internetadresse www.arbeitsagentur.de einzusehen.

5.3 Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag

5.3.1 Anspruchsgrundlagen

Nach § 44a Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch haben Personen während der Pflegezeit einen Anspruch auf Zuschuss zu ihren Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen. Der Zuschuss wird gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, für eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist.

5.3.2 Höhe der Zuschüsse

Die Höhe des Zuschusses für die Krankenversicherung ergibt sich bis zum 31. Dezember 2008

- für gesetzlich Krankenversicherte aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft besteht, zuzüglich 0,9%-Punkte mit dem 30sten Teil der monatlichen Bezugsgröße (= 828,33 Euro). Bei Zweifeln kann der Beitragssatz durch Rückfrage bei der Krankenkasse oder im Internet (z. B. unter www.krankenkassentarife.de) ermittelt werden,
- für nicht gesetzlich Krankenversicherte und für Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenkassen aus der Multiplikation des durchschnittlichen allgemeinen

Beitragssatzes (14,0%) zuzüglich 0,9%-Punkte mit dem 30sten Teil der monatlichen Bezugsgröße (828,33 Euro) und beträgt somit 123,42 Euro monatlich.

Ab 1. Januar 2009 wird der Zuschuss für die Krankenversicherung aus der Multiplikation des bundeseinheitlichen Beitragssatzes mit dem 30sten Teil der monatlichen Bezugsgröße errechnet.

Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung errechnet sich aus der Multiplikation des Beitragssatzes von 1,95% zuzüglich gegebenenfalls des Zuschlags für Kinderlose von 0,25% (nur bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung) mit dem 30sten Teil der monatlichen Bezugsgröße (828,33 Euro) und beträgt 16,15 Euro bzw. 18,22 Euro monatlich.

Der Zuschuss darf nicht höher sein als der gezahlte Beitrag.

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind durch entsprechende Bescheinigungen der Kranken- bzw. Pflegekassen und der Unternehmen der privaten Krankenversicherung nachzuweisen.

5.3.3 Antragstellung

Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind unverzüglich der für die pflegebedürftige Person zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle mitzuteilen.

5.4 Verfahrensregelungen

5.4.1 Zuständigkeit

Die Abführung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge sowie die Auszahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung erfolgt durch die für die pflegebedürftige Person zuständige Beihilfefestsetzungsstelle.

5.4.2 Aufbewahrung

Die Unterlagen über die Zahlung von Arbeitslosenversicherungsbeiträgen und Zuschüssen zur Kranken- und Pflegeversicherung sind fünf Jahre aufzubewahren.

6. Pflegeunterstützungsgeld

6.1 Mit dem am 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) werden die Möglichkeiten, die das Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) und das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) für Pflegepersonen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bieten, weiterentwickelt. Dazu gehört die Einführung eines Pflegeunterstützungsgeldes als Entgeltersatzleistung für Beschäftigte während der bis zu zehn Arbeitstagen dauernden kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 PflegeZG, die erforderlich ist, um für pflegebedürftige nahe Angehörige in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung für diese Zeit sicherzustellen.

6.2 Das Pflegeunterstützungsgeld wird von der sozialen oder privaten Pflegeversicherung auf Antrag gewährt. Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 PflegeZG gewährt auch die Beihilfe anteilig Pflegeunterstützungsgeld, wenn es sich bei den zu pflegenden Angehörigen um beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen handelt, unter Anwendung des individuellen Beihilfebemessungssatzes oder entsprechend § 28 Absatz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch, wenn die Leistung von der Pflegekasse getragen wird.

6.3 Die Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld hat zahlreiche versicherungs- und beitragsrechtliche Auswirkungen sowohl für die pflegenden Angehörigen als auch für die das Pflegeunterstützungsgeld gewährenden Stellen. GKV-Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesagentur für Arbeit und Verband der privaten Krankenversicherung e.V. haben dazu eine Gemeinsame Verlautbarung vom 31. August

2015 bekannt gegeben, die im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung die versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Auswirkungen des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld beschreibt und insoweit die Basis für das Verfahren zwischen den Beteiligten bildet. Sie gilt ab 1. Januar 2015.

6.4 Krankenversicherungsbeiträge auf Grund des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld sind gegenüber den Krankenkassen unter Verwendung einer Betriebsnummer mit den Anfangsziffern 997 nachzuweisen und zu zahlen. Diese kann unter Angabe der Bezeichnung der Beihilfestelle mit Anschrift und Telefonnummer bei der Deutschen Rentenversicherung – Knappschaft Bahn See –, Dezernat VII.1.5, Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg, elektronisch unter 997@kbs.de oder per Telefax unter 02 34/97 83 88 00 47 beantragt werden.

7. Zum 1. Januar 2016 ist das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) teilweise in Kraft getreten. Kernstück des PSG II sind die gesetzlich verbindliche Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 und damit einhergehend die neuen Pflegegrade. Bereits zum 1. Januar 2016 treten Regelungen des PSG II zu Aufwendungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege ein. Dies gilt durch die Verweisung in § 6 Absatz 4 und 5 BhVO auf die §§ 39 und 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend auch für die Gewährung von Beihilfe.

7.1 Der Zeitraum des Anspruches auf die Fortgewährung der Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe nach § 6 Absatz 4 BhVO während einer Verhinderungs- und Kurzzeitpflege erhöht sich während einer Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) auf bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) auf bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr.

7.2 Die Weiterzahlung der Pauschalbeihilfe setzt voraus, dass vor einer Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. Für die Höhe der Pauschalbeihilfe ist die geleistete Höhe der Pauschalbeihilfe vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege maßgebend.

Zu Absatz 6

1. Angemessen sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung nach Maßgabe des § 43 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und der dort festgelegten Beträge.

2. Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch eine zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch).

3. Werden in den Fällen des Satzes 2 die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.

Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Aufwendungen.

4. Betten- und Platzfreihaltegebühren, die durch die Unterbrechung wegen Krankheit des Pflegebedürftigen erhoben werden, sind beihilfefähig. Dies gilt auch für die Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Pflegebedürftigen liegenden Grund bis zu 30 Kalendertagen jährlich.

5. Das Einkommen ist vom Beihilfeberechtigten unter Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen:

5.1 Dienstbezüge im Sinne dieser Vorschrift sind die in § 1 Abs. 2 des durch Gesetz vom 1. Oktober 2008 (Amtsbl. S. 1755) in Landesrecht übergeleiteten Bundesbesoldungsgesetzes genannten Bruttobezüge; Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes genannten Bruttobezüge. Unfallausgleich nach § 35 Beamtenversorgungsgesetz, Unfallentschädigung nach § 43 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch bleiben unberücksichtigt. Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verwendungseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehreren Versorgungsbezügen oder den in Satz 3 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- oder Versorgungsbezüge zugrunde zu legen.

5.2 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.

5.3 Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten bleiben außer Ansatz.

5.4 Ist der Ehegatte berufstätig, kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Einkommengrenze überschritten wird. Soweit der Beihilfeberechtigte nachweist, dass beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbständigen oder nichtselbständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. Bei monatlichen schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten zwölf Monate für die Ermittlung des Eigenanteils zu berücksichtigen.

6. Erfolgt die Pflege nicht im gesamten Kalendermonat, ist der Eigenanteil nach Satz 2 entsprechend zu mindern, dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

7. Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; § 15 findet insoweit keine Anwendung.

8. Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über § 6 Absatz 6 hinausgehen, sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Vorrangig sind zur Deckung verbleibender Kosten immer Eigenmittel einzusetzen, sofern nicht ein Härtefall nach § 15 Absatz 7 vorliegt.

Zu Absatz 8

Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können entsprechend § 40 Elftes Buch Sozialgesetzbuch als beihilfefähig anerkannt werden. Bei diesen Maßnahmen handelt es sich um technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall eine häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. In Pflegefällen kann die rein beihilferechtliche Würdigung einer Maßnahme nach Satz 1 hinter eine in der Pflegeversicherung bestehende Wertung zurücktreten, § 6 Abs. 8 Satz 2 und 3.

Zu Absatz 10

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 über den Widerspruch zu entscheiden.

AV zu § 6a

1. Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, d.h. leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden.

Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit einer gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben.

2. In Ausnahmefällen können die Aufwendungen bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist.

3. Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Absatz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

4. Die Beihilfe beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten ambulanter Hospizdienste für erbrachte Sterbebegleitung einschließlich palliativ-pflegerischer Beratung bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Bei einer Kostenbeteiligung sollen Vereinbarungen zwischen dem Bund oder einem anderen Beihilfeträger und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen im Rahmen der Notwendigkeit und Angemessenheit entsprechend herangezogen werden. In Zweifelsfällen kann das Ministerium für Inneres, Bauen und Sport um Auskunft gebeten werden. AV Nummer 1.3 zu § 4 Absatz 1 gilt entsprechend.

5. Der auf die Beihilfe entfallende Anteil kann direkt gegenüber der Festsetzungsstelle geltend gemacht werden.

AV zu § 7

Zu Absatz 1

1. Liegt ein Zeugnis eines Vertrauensarztes der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherungsträger vor, welches die nach § 7 erforderlichen Feststellungen enthält, kann von der Einholung des Zeugnisses eines Amtsarztes oder eines von der Festsetzungsstelle bestimmten Vertrauensarztes abgesehen werden. Die Beihilfestelle kann an das Zeugnis geringere Anforderungen stellen oder darauf verzichten, soweit nach den eingereichten Belegen, z. B. auf Grund der angegebenen Diagnose, erfahrungsgemäß keine Zweifel an der Notwendigkeit oder Dauer der Behandlung auftreten.

2. Wird die Anerkennung für eine Sanatoriumsbehandlung versagt oder ist ein Anerkennungsbescheid nicht eingeholt oder abgewartet worden, so können die durch die planmäßige Heilbehandlung im Sanatorium entstandenen Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 6 und 8 im Rahmen des § 4 Abs. 1 Nr. 1 als beihilfefähig anerkannt werden.

3. Der ärztliche Schlussbericht soll bestätigen, dass die Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist und damit die Voraussetzungen für die Beihilfegewährung für die Aufwendungen der Sanatoriumsbehandlung gegeben sind. Über diese Bestätigung hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

4. Durch die vorherige Anerkennung dem Grunde nach wird ein Anspruch auf Gewährung von Beihilfe in bestimmter Höhe noch nicht begründet. In welcher Höhe der Anspruch besteht, kann erst nach Vorliegen des Antrages und der Belege festgestellt werden. Die Beihilfestelle kann dies als Klarstellung in den Anerkennungsbescheid aufnehmen.

5. AV Nummer 2 zu § 8 Absatz 1 gilt entsprechend.

6. Als Behandlungsorte und Einrichtungen kommen Orte und Häuser in Frage, die auf Grund der Gegebenheiten für die Behandlung und Genesung geeignet erscheinen. Sie werden von der Beihilfestelle in der Regel nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung bestimmt. Über eine Wahl eines anderen als des im Bescheid genannten

Ortes oder Hauses durch die beihilfeberechtigte oder behandlungsbedürftige Person kann ebenfalls nach amts- oder vertrauensärztlicher Stellungnahme entschieden werden.

6.1 Wird von der Beihilfestelle insbesondere auf Grund einer unterbliebenen amts- oder vertrauensärztlichen Festlegung kein Ort oder kein Haus vorgegeben, können die Beihilfeberechtigten – ggf. in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt – den Ort oder das Haus grundsätzlich frei wählen.

6.2 Ergibt sich aus der amts- oder vertrauensärztlichen Aussage, dass mehrere Orte oder Häuser geeignet sind, kann die Beihilfestelle nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden, in welchem Ort oder welchem Haus die Maßnahme durchgeführt werden soll. Dies muss nicht der nächstgelegene Ort oder das nächstgelegene Haus sein. Bei der Entscheidung sollen die berechtigten Interessen der zu behandelnden Person wie auch der Umfang der Leistungen und die Höhe der Pflegesätze mit einbezogen werden.

6.3 Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen für den Aufenthalt bemisst sich nach Absatz 3 und den dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen. Fahrtkosten sind im Rahmen der allgemeinen Grundsätze der Notwendigkeit und (wirtschaftlichen) Angemessenheit auf nächstgelegene Orte oder Häuser zu begrenzen.

6.4 Entsprechende klarstellende Hinweise können im Rahmen der rechtlichen Bestimmungen im Vorgriff auf die spätere Entscheidung über die Erstattung in den Anerkennungsbescheid aufgenommen werden.

Zu Absatz 3

1. Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung können nicht als beihilfefähig anerkannt werden, wenn der Behandelte nicht im Sanatorium selbst untergebracht ist und nicht ständig unter ärztlicher Aufsicht steht.

2. Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung zählen auch die rechnungsmäßig nachgewiesenen Bedienungsgelder und Heizungszuschläge; Trinkgelder bleiben unberücksichtigt.

3.1 Bei Sanatoriumsbehandlungen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen. Ist im Einzelfall aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend erforderlich, sind die Aufwendungen als beihilfefähig anzuerkennen, insbesondere wenn

- wegen schwerwiegenden psychologischen Gründen eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson den Erfolg der Sanatoriumsbehandlung gefährden würde,
- die behandelte Person einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, z. B. bei Blindheit, oder
- während der Sanatoriumsbehandlung eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.

3.2 AV zu § 8 Absatz 5 gilt entsprechend.

4. Die den beihilferechtlichen Einzelbestimmungen übergeordneten Grundsatzbestimmungen der Notwendigkeit und (wirtschaftlichen) Angemessenheit bleiben bei der Prüfung der Ausschöpfung des Höchstbetrages unberührt, § 67 Abs. 2 des Saarländischen Beamtengesetzes und § 4 Abs. 1. Für die Prüfung der wirtschaftlichen Angemessenheit im Einzelfall ist Raum, wenn die Beihilfeberechtigten die Möglichkeit haben, Aufwendungen in unterschiedlicher Höhe zu tätigen. Übliche oder durchschnittliche Beträge für eine medizinisch notwendige Versorgung lassen jedoch auf die Angemessenheit schließen.

4.1 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung beihilfefähig. Auf Anforderung der Beihilfestelle ist eine Bescheinigung der Einrichtung über die Höhe des niedrigsten Pflegesatzes für Selbstzahler (Privatpatienten) beizufügen. Der niedrigste Satz ist auch dann zugrunde zu legen, wenn kein Einfluss auf die Unterbringung genommen werden konnte oder höhere Kosten entstanden sind, weil eine Unterkunft mit dem niedrigsten Satz nicht frei war.

4.1.1 Niedrigster Satz für Unterkunft und Verpflegung ist als Höchstbetrag der abstrakt niedrigste Satz, der sich aus dem gesamten Preisangebot des in Anspruch genommenen Hauses für Selbstzahlende (privat Versicherte, Beihilfeberechtigte) ergibt, dazu zählt auch der niedrigste Tagessatz für Unterkunft und Verpflegung im Doppel- oder Mehrbettzimmer. Dabei kommt es nicht darauf an, dass eine Unterkunft zu diesem Satz zum Behandlungszeitraum in Anspruch genommen werden konnte (BVerwG, Beschluss vom 28. Februar 1997 – 2 B 22/97).

4.1.2 Bei der Ermittlung der Angemessenheit von Aufwendungen aus Einrichtungen, deren abgerechnete Vergütungen nicht auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beruhen, kann die Beihilfestelle auf Grund von Preisvergleichen generelle Obergrenzen festlegen. Inwieweit dabei auf übliche oder durchschnittliche Beträge abgestellt wird, entscheidet die Beihilfestelle in eigenem Ermessen.

4.2 Ein in Rechnung gestellter Pauschalsatz für verschiedene tägliche Kosten (ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel, Heilbehandlungen, Unterkunft, Verpflegung und ggf. weitere Leistungen) kann grundsätzlich nicht als beihilfefähig anerkannt werden, soweit die Feststellung der Beihilfefähigkeit der einzelnen Leistungen nicht möglich ist. In diesen Fällen kann eine Rechnung nachgefordert werden, welche einzelne Leistungen betragsmäßig enthält. Ist dies nicht möglich, so ist zu ermitteln, aus welchen Bestandteilen sich die Pauschalabrechnung zusammensetzt, um die Erstattung nicht beihilfefähiger Aufwendungen zu vermeiden (z. B. Wahlleistungen). Dies kann unterbleiben, wenn die Höhe der Aufwendungen insgesamt noch angemessen ist oder die Ermittlung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde. Pauschalabrechnungen sind somit dann grundsätzlich anzuerkennen, wenn sie angemessen und ihre Bestandteile erkennbar sind oder sie denen entsprechen, die auch von der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Gesetzlichen Rentenversicherung anerkannt werden.

4.3 Bei der Ermittlung der beihilfefähigen Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson ist der beihilfefähige niedrigste Satz für Behandelte zugrunde zu legen; die Fahrtkosten der Begleitperson sind unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 beihilfefähig.

4.4 Die Beihilfestelle kann entsprechende klarstellende Hinweise im Vorgriff auf die spätere Entscheidung über die Erstattung in den Anerkennungsbescheid aufnehmen.

AV zu § 8

Zu Absatz 1

1. Aufwendungen für Heilkuren sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur anerkannt hat. Eine nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist in jedem Falle ausgeschlossen. AV Nummer 1 zu § 7 Abs. 1 gilt entsprechend.

2. Mit der Frist soll sichergestellt werden, dass die Behandlung möglichst zeitnah zu den ärztlichen Untersuchungen durchgeführt wird. Wird die Maßnahme nicht innerhalb der Frist dem Grunde nach begonnen, so entfällt grundsätzlich der Anspruch auf Beihilfe (vgl. Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 20. Dezember 1996 – 2 A 13113/95). In Fällen, in denen es zu Überschreitungen der Frist kommt, ist eine Verlängerung der Geltungsdauer zu prüfen, insbesondere, wenn dies nicht von den Beihilfeberechtigten zu vertreten ist, z. B. wegen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz. Wird die Frist nur um kurze Zeit, z. B. wenige Tage, überschritten, kann von

einem neuen Gutachten abgesehen werden. Wird die Frist hingegen erheblich überschritten oder sind zwischenzeitlich Ereignisse eingetreten, die sich auf die Zweckmäßigkeit der Maßnahme auswirken können (z. B. Unfall, Klinikaufenthalt), ist die Frage der Notwendigkeit erneut zu prüfen, gegebenenfalls mit erneuter amts- oder vertrauensärztlicher Beteiligung, vgl. Mildenberger, Beihilferecht in Bund, Ländern und Kommunen, § 36 BBhV, Anm. 4; Schröder/Beckmann/Weber, Beihilfavorschrift des Bundes und des Landes, § 36 BBhV, Anm. III.3.

Zu Absatz 2

1. Als maßgebender Zeitpunkt im Sinne der Nummer 3 gilt nicht der Zeitpunkt der Antragstellung, sondern der Zeitraum, in dem die Heilkur durchgeführt wird. Die Antragsteller sind in der Bewilligungsverfügung hierauf hinzuweisen.

2. Dienstbeschädigung ist jede Krankheit oder sonstige Beschädigung, die sich der Beihilfeberechtigte bei Ausübung oder aus Veranlassung des Dienstes zugezogen hat. Eine Verletzung durch Dienstunfall ist keine Dienstbeschädigung im Sinne von Absatz 2 Nr. 3, da in diesem Fall ein Heilverfahren nach den einschlägigen Vorschriften des Beamtenversorgungsrechts gewährt wird; § 4 Abs. 4 findet Anwendung.

Zu Absatz 3

Der Ausschlusszeitraum dient der Sicherstellung des Heilungserfolges. Ist aus medizinischen oder anderen Gründen ein Aufenthalt in diesem Zeitraum möglich oder geboten, ist von der Einschränkung abzusehen.

Zu Absatz 4

1. AV Nummer 2 und 3 zu § 7 Abs. 1 gelten entsprechend.

2. Für die Beantragung einer Beihilfe ist § 17 Abs. 3 zu beachten.

Zu Absatz 5

1. Maßnahmen nach Absatz 5 können auch für beihilfeberechtigte Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige als beihilfefähig anerkannt werden.

2. Die Bewilligung der Maßnahme, die grundsätzlich stationär durchgeführt wird, setzt voraus, dass die Kurbedürftigkeit der Mutter oder des Vaters im Sinne der medizinischen Notwendigkeit amts- oder vertrauensärztlich bestätigt ist.

3. Für Kinder, die in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn ihre Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist. Dies kann beispielsweise der Fall sein bei einer unzumutbaren Trennung des Kindes von Mutter oder Vater wegen der familiären Verhältnisse oder wegen des Alters des Kindes, weil es sonst nicht versorgt werden könnte. Aufwendungen für das Kind sind der aufgenommenen Mutter oder dem aufgenommenen Vater zuzurechnen. Bezüglich der Altersgrenze für Kinder kann die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen entsprechend herangezogen werden. Nach dieser Richtlinie besteht in der Regel die Möglichkeit zur Mitaufnahme für Kinder bis zwölf Jahren, in besonderen Fällen bis 14 Jahren. Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.

4. Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter- oder Vater-Kind-Kur. In diesem Fall kann eine Maßnahme nach § 7 für das Kind beihilfefähig sein.

5. Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zwischen der Einrichtung und einer gesetzlichen Krankenkasse besteht. Sofern in pauschalen Tagessätzen abgerechnet wird, sind auch die Aufwendungen eines nicht behandlungsbedürftigen Kindes in voller Höhe beihilfefähig. Eine

Pauschalabrechnung ist für Erwachsene und Kinder möglich und beihilfefähig in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt.

AV zu § 9

1. Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne beihilfefähig.

2. Zu den Aufwendungen für zahntechnische Leistungen im Sinne dieser Vorschrift gehören

- Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Absatz 3 und § 9 GOZ, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Nummern 2130 bis 2320, 5000 bis 5340, 7080 bis 7100 und 9000 bis 9170 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind,
- Aufwendungen für Gebühren nach § 4 Abs. 3 Satz 1 GOZ für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten und
- Material- und Laborkosten als Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 GOZ.

Wenn der auf diese Aufwendungen entfallende Anteil nicht nachgewiesen ist, kann die Hälfte des Gesamtbetrages angesetzt werden. Dies gilt auch, wenn eine eindeutige Zuordnung aus der Abrechnung nicht möglich ist. Für die Auslegung maßgebender Sinn und Zweck der beihilferechtlichen Regelungen ist eine einheitliche Beihilfefähigkeit aller Auslagen, Material- und Laborkosten. Damit sind auch alle im Zusammenhang mit einer implantologischen Behandlung nach Abschnitt K der GOZ entstandenen, mit der prothetischen Versorgung verbundenen Auslagen für Material als einheitlich zur Hälfte beihilfefähig anzusehen, unabhängig davon, ob sie als Auslagen für zahntechnische Leistungen im Sinne der Regelung des § 9 Absatz 1 GOZ oder als zahnärztliche Auslagen der Regelung des § 4 Absatz 3 GOZ unterfallen.

3. Aufwendungen für Leistungen nach Nr. 6190, 6200 und 6240 des Gebührenverzeichnisses der GOZ setzen keine kieferorthopädische Behandlung voraus. Für diese Leistungen ist kein Heil- und Kostenplan notwendig.

4. Für kieferorthopädische Behandlungen können quartalsmäßige Zwischenrechnungen, die aufgrund der nach dem Heil- und Kostenplan tatsächlich erbrachten Leistungen erstellt wurden, als beihilfefähig anerkannt werden. Diese Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung. Bei einem Wechsel des Kieferorthopäden, den die beihilfeberechtigte oder die berücksichtigungsfähige Person zu vertreten hat, bleiben nur die Aufwendungen beihilfefähig, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind.

5. Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ auch Aufwendungen für erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau) nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ und nach der GOZ erfasst. Sind bei einer Behandlung nicht alle Implantate beihilfefähig, so sind die beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich der zahntechnischen Leistungen (Nr. 2 Satz 1) insoweit entsprechend dem Verhältnis der Zahl der beihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate zu ermitteln, wenn eine eindeutige Zuordnung aus der Abrechnung nicht möglich ist. Von bereits vorhandenen Implantaten sind nur diejenigen anzurechnen, die ganz oder teilweise aus Beihilfeleistungen finanziert sind.

6. Aufwendungen für besondere individuelle Zahngestaltung, Charakterisierung, besondere Farbauswahl und Farbgebung, Bemalen sowie Bleaching sind grundsätzlich nicht beihilfefähig.

7. Aufwendungen, die nach Inkrafttreten der Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) entstanden sind, sind mit folgender Maßgabe beihilfefähig:

7.1 Bei einer zahnärztlichen Behandlung nach dem neu gefassten Abschnitt C (konservierende Leistungen) des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind entstandene Aufwendungen für zahntechnische Leistungen zur Hälfte beihilfefähig, soweit sie der bisherigen Nummer 213 bis 232 entsprechen, insbesondere Nummer 2150 bis 2320.

7.2 Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den neu gefassten Abschnitten F (prothetische Leistungen) und K (implantologische Leistungen) des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind zur Hälfte beihilfefähig.

7.3 Aufwendungen für implantologische Leistungen nach dem neu gefassten Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen im Rahmen des § 9 Abs. 3 beihilfefähig.

7.4 Aufwendungen für Leistungen nach dem neu gefassten Abschnitt C des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig, soweit sie der bisherigen Nummer 214 bis 217 und 220 bis 224 entsprechen, insbesondere Nummer 2150 bis 2170 und 2200 bis 2240.

7.5 Im Übrigen ergeben sich durch die Neufassung der genannten Abschnitte sowie Abschnitt J (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte keine unmittelbaren beihilferechtlichen Auswirkungen.

7.6 Auch nach der Novellierung der GOZ 2011 und den Änderungen 2012 kann es zu unterschiedlichen Auslegungen verschiedener Passagen bei der Abrechnung und Erstattung von Leistungen kommen. Das Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen arbeitet daran, solche Rechtsunsicherheiten zu beseitigen. Darin sind die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfe des Bundes und der Länder durch eine Auswahl vertreten. Auf die Beschlüsse haben sich die Mitglieder des Beratungsforums einvernehmlich verständigt. Die Beschlüsse des Beratungsforums zur GOZ sind bei der Beihilfefestsetzung heranzuziehen, <https://www.bzaek.de/goz/beratungsforum-fuer-gebuehrenordnungsfragen.html>.

8. Die adhäsive Befestigung ist nicht vom Leistungsumfang der Nummer 6100 des Gebührenverzeichnisses der GOZ umfasst. Daher dürfen die Nummern 2197 und 6100 nebeneinander berechnet werden mit der Folge, dass entsprechende Aufwendungen grundsätzlich angemessen sind und hierzu eine Beihilfe zu gewähren ist. Die Adhäsivtechnik gehört zum Leistungsinhalt der Nummern 2060, 2080, 2100 und 2120, die Nummer 2197 ist neben diesen Nummern nicht gesondert abrechenbar (Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 29. Juni 2016 – 2 A 0634/15).

AV zu § 10

1. Für die Früherkennung von Krankheiten gelten die Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen

- a) über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern in der Fassung vom 26. April 1976 (Bundesarbeitsblatt 1/1977 S. 32),
- b) über die Früherkennung von Krebserkrankungen in der Fassung vom 26. April 1976 (Bundesarbeitsblatt 1/1977 S. 32),
- c) über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt 10/1989 S. 44),

- d) zur Jugendgesundheitsuntersuchung vom 26. Juni 1998 (Bundesanzeiger S. 12 723),

in der jeweils geltenden Fassung. Im Rahmen der in Buchstabe a) und d) genannten Richtlinien sind beihilfefähig auch Leistungen bei Kindern zwischen dem vollendeten siebten und vor Vollendung des neunten Lebensjahres und zwischen dem vollendeten neunten und vor Vollendung des elften Lebensjahres für jeweils eine ärztliche Untersuchung sowie bei Jugendlichen zwischen dem vollendeten 16. und vor Vollendung des 18. Lebensjahres für jeweils eine ärztliche Jugendgesundheitsuntersuchung. Andere Richtlinien des Ausschusses gelten im Rahmen von § 10 entsprechend.

2. Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind nach Maßgabe der Nummer 2.1, Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko nach Maßgabe der Nummer 2.2 beihilfefähig.

2.1 Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko setzen sich aus den Aufwendungen für

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,
2. genetische Analyse,
3. Teilnahme an einem Strukturierten Früherkennungsprogramm

zusammen und sind mit den nachstehenden Pauschalen beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in einer unter 2.1.4 aufgeführten Klinik durchgeführt werden.

2.1.1 Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

Pro Familie sind die Aufwendungen für eine einmalige Risikofeststellung mit interdisziplinärer Erstberatung, Stammbaumerfassung und Mitteilung des Genbefundes pauschal in Höhe von 900 Euro beihilfefähig. Die Pauschale beinhaltet auch die Beratung weiterer Familienmitglieder.

2.1.2 Genetische Analyse

Aufwendungen für eine genetische Analyse bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) sind pauschal in Höhe von 4500 Euro beihilfefähig. Wird eine ratsuchende gesunde Person nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht, sind die Aufwendungen in Höhe von 250 Euro beihilfefähig.

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

2.1.3 Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm

Aufwendungen für die Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm sind einmal jährlich in Höhe von pauschal 580 Euro beihilfefähig.

2.1.4 Im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossene universitäre Zentren:

- a) Berlin
Charité – Universitätszentrum Berlin, Brustzentrum
- b) Dresden

- Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- c) Düsseldorf
Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum
- d) Frankfurt
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- e) Göttingen
Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
- f) Hamburg
Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- g) Hannover
Institut für Humangenetik, Medizinische Hochschule Hannover
- h) Heidelberg
Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg
- i) Kiel
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
- j) Köln
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
- k) Leipzig
Institut für Humangenetik der Universität Leipzig
Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs
- l) München
Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München-Großhadern
Universitätsfrauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar
- m) Münster
Institut für Humangenetik der Universität Münster
- n) Regensburg
Institut für Humangenetik, Universität Regensburg
- o) Tübingen
Universität Tübingen, Institut für Humangenetik
- p) Ulm
Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm
- q) Würzburg
Institut für Humangenetik der Universität Würzburg

2.2 Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko setzen sich aus den Aufwendungen für

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,
2. Tumorgewebsdiagnostik,
3. genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)

zusammen und sind in Höhe der nachstehenden Pauschalen beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in einer unter 2.2.4 aufgeführten Klinik durchgeführt werden.

2.2.1 Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

Unter der Voraussetzung, dass die revidierten Bethesda-Kriterien in der Familie der ratsuchenden Person erfüllt sind, sind die Aufwendungen für die erstmalige Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung einmalig in Höhe von 600 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom bekannt ist, sind in Höhe von 300 Euro beihilfefähig.

2.2.2 Tumorgewebsdiagnostik

Aufwendungen für die immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe sind in Höhe von 500 Euro beihilfefähig. Ist die Analyse des Tumorgewebes negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nicht beihilfefähig.

2.2.3 Genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)

Aufwendungen für eine genetische Analyse bei einem Indexfall sind in Höhe von 3500 Euro beihilfefähig, wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen. Aufwendungen für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation sind in Höhe von 350 Euro beihilfefähig.

2.2.4 Kliniken des Verbundprojekts „Familiärer Darmkrebs“

- a) Bochum
Ruhr-Universität Bochum
Knappschafts Krankenhaus, Medizinische Universitätsklinik
- b) Bonn
Institut für Humangenetik, Biomedizinisches Zentrum
- c) Dresden
Abteilung Chirurgische Forschung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
- d) Düsseldorf
Institut für Humangenetik und Anthropologie, Universitätsklinikum Düsseldorf
- e) Hannover
Medizinische Hochschule
- f) Heidelberg
Abteilung für Angewandte Tumorbologie, Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg
- g) Köln

- Universitätsklinikum Köln
- h) Leipzig
Universität Leipzig
- i) Lübeck
Klinik für Chirurgie, Universität zu Lübeck und Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
- j) München
Medizinische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität
Medizinisch-Genetisches Zentrum
- k) Münster
Universitätsklinikum Münster
- l) Tübingen
Universität Tübingen
- m) Ulm
Universitätsklinikum Ulm
- n) Wuppertal
HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal

3. Aufwendungen für eine telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) sind beihilfefähig, wenn bereits eine schwerwiegende Erkrankung besteht. Als reine Vorbeugung, z. B. auf Grund kritischer Laborwerte, sind die Maßnahmen nicht beihilfefähig. Bei der Prüfung der Angemessenheit ist die Wirtschaftlichkeit des Telemonitoring mit zu berücksichtigen. Das Vermeiden von anderweitig möglicherweise anfallenden Kosten stellt auch hier alleine keinen maßgebenden Grund für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen dar.

Vor diesem Hintergrund können insbesondere Aufwendungen für ein Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (z. B. Modell Paxiva/PHTS) als beihilfefähig anerkannt werden. Aufwendungen im Zusammenhang mit projektbezogenen Studien, die noch nicht abgeschlossen sind, sind nicht beihilfefähig.

4. Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge, die nach Inkrafttreten der Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) entstanden sind, sind wie folgt beihilfefähig:

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4050, 4055 und 4060 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte und Nummer 1 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

AV zu § 11

Im Zusammenhang mit Absatz 1 Nr. 1 sind auch Aufwendungen für ärztlich verordnete empfangnisregelnde Mittel nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 beihilfefähig.

AV zu § 12

1.1 Bei den Aufwendungen für die Schwangerschaftsüberwachung sind die notwendigen Maßnahmen der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung

(Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde zu legen. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig. Beihilfefähig sind außerdem Aufwendungen für ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik.

1.2 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist. Sie sind nach dem jeweiligen Gebührenrecht für Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung beihilfefähig.

1.3 Leistungen, die in Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden, sind unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

1.4 Erfolgt die Hauspflege durch den Ehegatten oder die eingetragene Lebenspartnerin, Eltern oder Kinder der Wöchnerin, sind nur Fahrtkosten und nachgewiesenes ausgefallenes Arbeitseinkommen der Pflegeperson beihilfefähig.

2. Eine Beihilfe zu den Aufwendungen für eine Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird ohne Nachweis der entstandenen Aufwendungen bei Vorlage der Geburtsurkunde gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen in Höhe von 128 Euro entstanden sind. Erreichen die Aufwendungen des Beihilfeberechtigten den Betrag von 128 Euro nicht, so wird eine Beihilfe in Höhe der entstandenen Aufwendungen gewährt. Für den Antrag ist § 17 Abs. 3 zu beachten.

AV zu § 13

1. Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tag der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird. Den Belegen über die Aufwendungen ist eine Übersetzung beizufügen, die bei Aufwendungen von mehr als 550 Euro auf Anforderung der Festsetzungsstelle zu beglaubigen ist. Bei privaten Krankenhäusern gilt § 5 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 entsprechend. Die behandelnde Person muss ein im Ausland zugelassener Arzt, Zahnarzt oder Angehöriger der Heilhilfsberufe im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 8 BhVO sein.

2. 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.

3. Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Beihilferechtlich gilt die Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang als Sanatorium, soweit nicht im Einzelfall eine stationäre Krankenhausbehandlung (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) vorliegt und nachgewiesen wird. Bei einer Krankenhausbehandlung entfällt hier der Kostenvergleich nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2.

4. Bei der Beurteilung, ob die für die Durchführung von Heilkuren in der Bundesrepublik Deutschland vorgeschriebenen Qualitätsstandards erfüllt sind, soll auf Informationen des Europäischen Heilbäderverbandes zurückgegriffen werden.

5.1 Die in § 7 Abs. 4 BhVO aufgestellten Kriterien für Sanatoriumsaufenthalte gelten auch bei einem Aufenthalt im Ausland. Nach § 7 Abs. 4 Nr. 3 BhVO ist ein Sanatorium eine Krankenanstalt, die der Aufsicht des zuständigen Gesundheitsamtes untersteht, § 12 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst – Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG). Bei Sanatorien außerhalb des Geltungsbereiches dieser landesrechtlichen Norm ist sinngemäß die Aufsicht der jeweils zuständigen Gesundheitsbehörde nach den jeweils maßgebenden Vorschriften vorzusetzen. Dies gilt

sowohl in den anderen Bundesländern, wie sich aus dem Verweis auf das Verzeichnis der Krankenanstalten des Statistischen Bundesamtes ergibt, als auch im Ausland.

5.2 Sinn und Zweck der Vorschrift ist es, die Beihilfefähigkeit des Aufenthaltes an eine behördliche Beaufsichtigung der Einrichtung zu binden. Dies ist bei der Beurteilung der Beihilfefähigkeit von der Festsetzungsstelle nach dem Untersuchungsgrundsatz zu ermitteln, § 24 SVwVfG. Davon abgesehen können entsprechende Nachweise gegebenenfalls vom Sanatorium oder von den Beihilfeberechtigten angefordert werden. Im Übrigen besteht bei Zweifeln im Rahmen der Notwendigkeit und Angemessenheit die Möglichkeit, eine amtsärztliche Stellungnahme einzuholen.

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

7. Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen bei der erforderlichen Notfallversorgung einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person sind ohne Beschränkung auf die Kosten, die im Inland entstanden wären, beihilfefähig.

8. Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen voll entspricht oder dem Beihilfeantrag die für den Vergleich notwendigen Angaben nicht beigefügt sind, kann die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit nach billigem Ermessen ganz oder teilweise anerkennen, wenn mindestens eine Beschreibung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege vorliegt.

AV zu § 14

Zu Absatz 1

1. Eine Beihilfe zu den Aufwendungen in Todesfällen in Höhe von 225,50 Euro bzw. 525 Euro ist ohne Nachweis der entstandenen Aufwendungen bei Vorlage der Sterbeurkunde zu gewähren, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 in dieser Höhe entstanden sind. Erreichen die beihilfefähigen Aufwendungen des Beihilfeberechtigten den Betrag von 225,50 Euro bzw. 525 Euro nicht, so wird eine Beihilfe in Höhe der entstandenen Aufwendungen gewährt.

2. Als Sterbegelder bzw. Bestattungsgelder aufgrund von Rechtsvorschriften kommen z. B. Sterbegelder nach dem Beamtenversorgungsrecht, dem Tarifrecht, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch sowie entsprechenden Vorschriften in Betracht.

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.

AV zu § 15

Zu Absatz 1

1.1 Der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten erhöht sich auf 70 v. H., wenn und solange zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, erhält den höheren Bemessungssatz der Elternteil, den sie bestimmen. Der Umstand, wer den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages bezieht, ist hier unerheblich. Die Bestimmung ist durch gemeinsame Erklärung zu treffen. Solange sie nicht vorliegt, kann keiner der Beihilfeberechtigten den erhöhten Bemessungssatz erhalten. Die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden; als Ausnahmefall ist z. B. eine Ehescheidung anzusehen. Die Bestimmung gilt nur für die Dauer des Konkurrenztatbestandes.

1.2 Ändern sich die für den Bemessungssatz maßgeblichen Verhältnisse während einer laufenden Behandlung, so sind die Aufwendungen aufzuteilen.

1.3 Zu den Waisen im Sinne der Nummer 4 gehören auch Halbwaisen, soweit sie Halbwaisengeld beziehen.

2.1 Für eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach Satz 4 maßgebende Versorgungsbezüge sind die Bruttobezüge vor Anwendung von Kürzungs- und Ruhensregelungen. Beim Zusammentreffen mehrerer Versorgungsbezüge ist die Summe der gezahlten Bezüge maßgebend. Die Belastung errechnet sich in der Regel aus einer Gegenüberstellung des monatlichen Beitragsaufwands und der monatlichen Versorgungsbezüge zum Zeitpunkt der Antragstellung.

2.2 Der Beitragsaufwand für die beihilfekonforme private Krankenversicherung umfasst auch den Beitrag zur gesetzlich vorgeschriebenen Pflegeversicherung. Da Krankenversicherungsbeiträge sich in der Regel steigend entwickeln, ist vom dauerhaften Fortbestand eines Belastungsfalles auszugehen. Eine zeitliche Begrenzung der Erhöhung ist daher grundsätzlich nicht festzusetzen. Die Beihilfestelle überprüft das Fortbestehen der Voraussetzungen in eigenem Ermessen (z. B. Höhe der Bezüge und der Beiträge, Wegfall eines Kindes im Familienzuschlag, Tod des Beihilfeberechtigten und damit einhergehende eigene Beihilfeberechtigung Hinterbliebener). Die Höhe des Krankenversicherungsbeitrages und der Versorgungsbezüge sind bei Antragstellung und zu Beginn eines jeden Kalenderjahres auf Anforderung der Beihilfestelle zu belegen. Soweit Versicherungsbeiträge über den beihilfekonformen Umfang hinausgehen, bleiben sie bei der Gegenüberstellung unberücksichtigt (z. B. Beiträge für die Versicherung von Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung, Beihilfeergänzungstarife). In Ausnahmefällen kann zur Vermeidung einer Notlage eine vorläufige Festsetzung und spätere Gegenüberstellung erfolgen.

Zu Absatz 3

1. Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, 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. Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

2. Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. Ein Leistungsausschluss liegt u.a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

3. Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur dann vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z. B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

4. Absatz 3 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach § 6.

Zu Absatz 4

1.1 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. Maßgebend ist die volle Kostenerstattung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Anfallende spezielle Prämienzahlungen, Abschläge und Selbstbehalte auf Grund von Wahlтарifen nach § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die die Versicherten zu tragen haben, führen nicht zur Erhöhung der beihilfefähigen Aufwendungen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind in diesen Fällen in der Höhe anzurechnen, wie sie ohne den selbst gewählten Tarif den Versicherten zustehen würden.

1.2 Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag bleiben unberücksichtigt.

1.3 Keine Zuschüsse im Sinne dieser Vorschrift stellen Beitragserstattungen nach Elternzeitrecht dar.

2. Sofern die Voraussetzungen nach Nummer 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 nach Nummer 1 nicht erfüllt, richtet sich der Bemessungssatz nach Absatz 1; entsprechendes gilt für Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Kostenerstattung geleistet hat.

4. Der erforderliche Nachweis über die Beitragshöhe für eine beihilfekonforme Krankenversicherung oder 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 v. H. der Aufwendungen ermöglicht.

Zu Absatz 5

1.1 Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes des Zuschussempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt der Entstehung der Aufwendungen.

1.2 Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag bleiben unberücksichtigt.

1.3 Keine Zuschüsse im Sinne dieser Vorschrift stellen Beitragserstattungen nach Elternzeitrecht dar.

Zu Absatz 7

1. Bei Anträgen auf Bewilligung einer Ausnahme zur Erhöhung des Bemessungssatzes müssen die Gründe, die zur Beseitigung einer offensichtlichen Härte eine besondere Ausnahmeregelung rechtfertigen, durch entsprechende Unterlagen belegt werden.

2. Ein besonderer Ausnahmefall und damit ein Anspruch auf Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes für die Erstattung der Aufwendungen für stationäre Pflege ist anzunehmen, wenn ansonsten der amtsangemessene Lebensunterhalt nicht mehr sichergestellt ist und Eigenvorsorge durch Abschluss einer Versicherung nicht möglich oder nicht zumutbar ist, BVerwG, Urteil vom 24. Januar 2012 – 2 C 24/10.

2.1 Aus Fürsorgegründen ist daher in Härtefällen zur Vermeidung einer Notlage zu diesen Aufwendungen auch Beihilfe über § 6 Absatz 6 hinausgehend zu gewähren, wenn den Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen von ihren Einkünften nicht ein rechnerischer Mindestbetrag verbleibt. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen werden als Beihilfe gezahlt. Für die Berechnung des zu belassenden Mindestbetrages ist die aktuelle Besoldungstabelle zugrunde zu legen.

2.2 Zu Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach § 6 Absatz 6 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, Verpflegung und Unterkunft einschließlich der In-

vestitionskosten ist in Härtefällen auf besonderen Antrag Beihilfe zu gewähren, soweit die Pflegeeinrichtung monatlich abrechnet und von den durchschnittlichen monatlichen Einnahmen nach § 6 Absatz 6 Satz 3 nicht mindestens ein Betrag in Höhe der Summe der folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

1. 8 Prozent des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 13 für jede beihilfeberechtigte und jede berücksichtigungsfähige Person sowie jeden Ehegatten oder Lebenspartner, für den ein Anspruch nach § 6 Absatz 6 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
2. 30 Prozent des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 13 für eine beihilfeberechtigte Person sowie für einen Ehegatten oder Lebenspartner, für den kein Anspruch nach § 6 Absatz 6 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
3. 3 Prozent des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch auf Beihilfe nach § 6 Absatz 6 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht, und
4. 3 Prozent des Endgrundgehalts der letzten Besoldungsgruppe der beihilfeberechtigten Person. Bei beihilfeberechtigten verwitweten Versorgungsempfängern, die nicht selbst in einem aktiven Dienstverhältnis gestanden haben, ist das Endgrundgehalt der letzten Besoldungsgruppe der verstorbenen beihilfeberechtigten Person zugrunde zu legen.

2.3 Dies gilt bei anderen Abrechnungszeiträumen entsprechend. Dies gilt nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Hat eine beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Person Anspruch auf Zuschuss zu den Unterkunfts-, Investitions- und Verpflegungskosten nach anderen Vorschriften, sind diese Aufwendungen in Höhe des tatsächlich gezahlten Zuschusses zu mindern.

AV zu § 16

Zu Absatz 1

Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. gegenüberzustellen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den §§ 5 bis 14 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen, nicht jedoch Aufwendungen für Leistungen, die von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind.

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 den §§ 6 und 8, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.

2. Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen aufgrund 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 § 15 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, so ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

AV zu § 17**Zu Absatz 1**

1. Von der auszuzahlenden Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem die Aufwendungen geltend gemacht werden, eine Kostendämpfungspauschale nach § 67 Abs. 4 bis 9 des Saarländischen Beamtengesetzes einbehalten.

1.1 In den Fällen des § 4 Abs. 9 Satz 2 ist die hierauf entfallende Beihilfe nicht um die Kostendämpfungspauschale zu kürzen.

1.2 Die Beihilfe ist auch dann in voller Höhe um die Kostendämpfungspauschale zu mindern, wenn die Beihilfeberechtigung im Laufe des Jahres beginnt oder endet.

2.1 Maßgebend für die Höhe der Kostendämpfungspauschale ist nach § 67 Abs. 6 des Saarländischen Beamtengesetzes der Ruhegehaltssatz (§ 14 Abs. 1 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 [Amtsbl. S. 1062] in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes). Abschläge nach § 14 Abs. 3 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes vermindern das Ruhegehalt, nicht aber den Ruhegehaltssatz. Sie haben daher keinen Einfluss auf die Höhe der Kostendämpfungspauschale.

2.2 Erhält die beihilfeberechtigte Person Mindestversorgung nach § 14 Abs. 4 Satz 1 oder 2 des durch Gesetz vom 14. Mai 2008 (Amtsbl. S. 1062) in Landesrecht übergeleiteten Beamtenversorgungsgesetzes, sind für die Höhe der Kostendämpfungspauschale die Besoldungsgruppe und der Ruhegehaltssatz maßgebend, nach denen die Mindestversorgung berechnet wird.

2.3 In Fällen begrenzter Dienstfähigkeit nach § 27 des Beamtenstatusgesetzes sind die Beträge nach § 67 Abs. 4 des Saarländischen Beamtengesetzes im Verhältnis der gezahlten Bezüge zu den Dienstbezügen bei Vollbeschäftigung zu mindern.

3.1 Für die Höhe der Kostendämpfungspauschale sind die Verhältnisse bei der ersten Antragstellung im Kalenderjahr maßgebend. Enthält ein Beihilfeantrag auch Aufwendungen aus den Vorjahren, in denen keine Beihilfe beantragt wurde, sind auch insoweit die Verhältnisse bei der Antragstellung maßgebend. Entscheidend ist das Eingangsdatum des Antrages.

3.2 Tritt nach der ersten Antragstellung im Kalenderjahr ein Wechsel in den Verhältnissen ein, z. B. vom aktiven Dienst zum Ruhestand, Beförderung, Berücksichtigung von Kindern, Vollzeit zu Teilzeit und umgekehrt, hat dies keinen Einfluss auf die Höhe der Kostendämpfungspauschale des laufenden Jahres.

3.3 Sind Kinder bei beiden beihilfeberechtigten Elternteile berücksichtigungsfähig, so ist entsprechend § 3 Absatz 5 zu verfahren.

4.1 Die Kostendämpfungspauschale entfällt nach § 67 Abs. 9 Satz 1 Nummer 5 des Saarländischen Beamtengesetzes nur in den Fällen, in denen die beihilfeberechtigte Person selbst Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist.

4.2 Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge umfassen Aufwendungen nach § 10 und Schutzimpfungen nach § 4 Abs. 1 Nummer 5.

4.3 Die Kostendämpfungspauschale entfällt auch für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach § 5 Abs. 1 der Elternzeitverordnung, wenn der nach § 67 Abs. 8 des Saarländischen Beamtengesetzes maßgebende Antrag während der Elternzeit gestellt wird.

4.4 Wird während der Elternzeit eine Teilzeitbeschäftigung ausgeübt, gilt § 67 Abs. 5 des Saarländischen Beamtengesetzes.

Zu Absatz 2

1. Für den Beihilfeantrag und weitere Verfahrensschritte kann die Beihilfestelle die Verwendung von Formularen vorschreiben. Sie kann eine elektronische Antragstellung zulassen. In diesem Fall hat sie die dafür erforderlichen datenschutz- und verwaltungs-verfahrensrechtlichen Standards festzulegen. Dies gilt auch bei der Einrichtung eines Kundenportals, das die elektronische Abwicklung von Beihilfeanträgen mit umfassen soll (elektronische Antrags- und Abrechnungssysteme). Beihilfebescheide können vollständig durch automatische Einrichtungen erlassen werden, sofern dies durch Rechtsvorschrift zugelassen ist und weder ein Ermessen noch ein Beurteilungsspielraum besteht.

2. Der Beihilfeantrag ist unter Beifügung der Belege bei der Festsetzungsstelle einzureichen. Als Nachweis der Aufwendungen können außer Originalbelegen Zweitschriften der Rechnungen, Fotokopien und beglaubigte Abschriften anerkannt werden. Die Beihilfestelle kann – sofern zur weiteren Verwendung erforderlich – bei Rezepten die Angabe der Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels und das Apothekenkennzeichen verlangen, es sei denn, dies ist wegen des Kaufes im Ausland nicht möglich. Sofern die Beihilfestelle dies zulässt, können auch Belege elektronisch übermittelt werden.

3. Die Beihilfeanträge einschließlich der Belege (Arztrechnungen, Rezepte, ärztliche Gutachten und dergleichen) können der Festsetzungsstelle in einem verschlossenen Umschlag eingereicht werden. In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsstelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten. Eine Überprüfung der in den Anträgen gemachten Angaben an Hand der Personalakten durch die Festsetzungsstelle darf nur in Zweifelsfällen vorgenommen werden. Bei den Festsetzungsstellen sind die ärztlichen Gutachten usw., die über die Art einer Erkrankung Aufschluss geben, nach der Auswertung von dem zuständigen Sachbearbeiter in einem Umschlag zu verschließen. Bei elektronischen Dokumenten ist sicherzustellen, dass kein unbefugter Zugriff Dritter möglich ist.

4. Eine direkte Abrechnung von beihilfefähigen Aufwendungen zwischen einem Krankenhaus oder einem von diesem beauftragten Rechnungssteller und der Festsetzungsstelle setzt einen Antrag der beihilfeberechtigten Person auf Gewährung von Beihilfe und auf Direktabrechnung voraus. Darin ist die Festsetzungsstelle zu ermächtigen, abrechnungsrelevante Klärungen mit dem Krankenhaus oder einem von diesem beauftragten Rechnungssteller durchzuführen und die Beihilfe unmittelbar an das Krankenhaus zu zahlen. Der Beihilfebescheid ist der beihilfeberechtigten Person bekannt zu geben.

4.1 Voraussetzung des Direktabrechnungsverfahrens ist die Zulassung nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch des teilnehmenden Krankenhauses. Die Teilnahme von Krankenhausträgern an der Direktabrechnung mit den Festsetzungsstellen der Beihilfeträger ist freiwillig.

4.1.1 Direktabrechnung im Sinne des Beihilferechts ist ein auf Antrag der beihilfeberechtigten Person eröffneter direkter Abrechnungsweg zwischen der Festsetzungsstelle und dem Krankenhaus. Umfasst werden die beihilfefähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen ohne Wahlleistungen. Das Verfahren der Direktabrechnung stellt beihilferechtlich ebenfalls eine freiwillige Dienstleistung der Beihilfestelle dar, eine Verpflichtung zur Teilnahme besteht beihilferechtlich nicht. Es werden insbesondere keine Garantieerklärungen von der Beihilfestelle oder eine Forderungsabtretung an die Beihilfestelle durch die beihilfeberechtigte Person vorgenommen. Die jeweiligen Rechtsbeziehungen zwischen der beihilfeberechtigten Person und dem Beihilfeträger und die der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zum Krankenhaus bleiben somit vom Verfahren der Direktabrechnung unberührt.

4.1.2 Ein Krankenhaus nimmt an dem Verfahren zur Direktabrechnung teil, indem es dies einzelfallbezogen für den jeweiligen Behandlungsfall gegenüber der Festsetzungsstelle erklärt. Dies kann auch konkludent dadurch geschehen, dass das Kranken-

haus den für das Direktabrechnungsverfahren bestimmten Beihilfeantrag für die jeweilige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§§ 2 und 3) an die zuständige Festsetzungsstelle übermittelt.

4.2.1 Das fünfstufige Abrechnungsverfahren gliedert sich in folgende Teilschritte:

1. Aufnahmeverfahren im Krankenhaus (vgl. 4.4.1),
2. Datenübermittlung an die Festsetzungsstelle (vgl. 4.4.2),
3. Datenübermittlung zur Kostenübernahme (vgl. 4.4.3),
4. Übermittlung der Rechnung durch das Krankenhaus an die Festsetzungsstelle (vgl. 4.4.4) und
5. Beihilfezahlung unmittelbar an das Krankenhaus (vgl. 4.4.5).

4.2.2 Das Abrechnungsverfahren kann auch in folgenden Teilschritten dreistufig durchgeführt werden:

1. Aufnahmeverfahren im Krankenhaus (vgl. 4.4.1),
2. Übermittlung der Rechnung durch das Krankenhaus an die Festsetzungsstelle (vgl. 4.4.4) und
3. Beihilfezahlung unmittelbar an das Krankenhaus (vgl. 4.4.5).

4.2.3 Das Verfahren und der Datenaustausch erfolgen schriftlich, soweit nicht eine Vereinbarung über einen elektronischen Datenaustausch getroffen wird.

4.3 Zu den Personen, für die das Direktabrechnungsverfahren durchgeführt werden kann, gehören grundsätzlich die in den beihilferechtlichen Vorschriften genannten beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen.

4.4.1 Voraussetzung für die Teilnahme am Direktabrechnungsverfahren ist ein Antrag auf Erstattung der beihilfefähigen Aufwendungen mit Direktabrechnung. Der Inhalt des Antrages erfordert folgende Daten und Erklärungen:

- a) Angaben zur beihilfeberechtigten Person
- b) ggf. Angaben zur berücksichtigungsfähigen Person
- c) Angaben zu den Antragsvoraussetzungen
- d) Schweigepflichtentbindung
- e) Einwilligung zum Austausch der in § 301 Abs. 1, 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Daten
- f) Angaben des Krankenhauses
 - zur Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen
 - zur Vereinbarung Wahlleistung Unterkunft
 - zur Leistungserbringung durch Belegärzte
 - bei Durchführung von vor- oder nachstationären Behandlungen
 - bei Wiederaufnahme
 - zur Erreichbarkeit

4.4.2 Die Festsetzungsstelle kann neben dem Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung auch die Aufnahmeanzeige und weitere Angaben des Krankenhauses für die Direktabrechnung voraussetzen.

4.4.3 Die Festsetzungsstelle soll zeitnah nach dem Eingang der Unterlagen nach 4.4.2 dem Krankenhaus bestätigen, ob eine Direktabrechnung erfolgen kann, und in diesem Fall die Bestätigung der Beihilfeberechtigung einschließlich des Bemessungs-

satzes und ggf. Hinweisen zur eingeschränkten Leistungsverpflichtung aufgrund von Eigenbehalten, Kostendämpfungspauschale usw. übermitteln.

4.4.4 Die Festsetzungsstelle benötigt vom Krankenhaus neben der Rechnung die Entlassungsanzeige. Wird das dreistufige Abrechnungsverfahren nach 4.2.2 durchgeführt, sind die Unterlagen nach 4.4.2 (Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung sowie ggf. weitere Angaben des Krankenhauses) neben der Rechnung und der Entlassungsanzeige nach Satz 1 erforderlich. Bei einer Zwischenrechnung entfällt das Erfordernis der Übersendung der Entlassungsanzeige.

4.4.5 Die Festsetzungsstelle soll die festgesetzte Beihilfe fristgerecht auf das Konto des Krankenhauses überweisen. Ergeben sich aus der Rechnungsprüfung durch die Festsetzungsstelle Fragen, können diese von ihr oder der von ihr beauftragten Stelle unmittelbar mit dem Krankenhaus oder einem von diesem beauftragten Rechnungssteller geklärt werden.

4.5 Eine Differenz zwischen dem festgesetzten Betrag und dem Rechnungsbetrag verbleibt dem Krankenhausträger zur Geltendmachung im Wege der Liquidation nach den allgemeinen Vorschriften.

Zu Absatz 3

- 1.** Die Einjahresfrist nach Absatz 3 Satz 2 beginnt mit dem auf die Entstehung der Aufwendungen bzw. auf das Ausstellungsdatum der Rechnung folgenden Tag.
- 2.** In Fällen, in denen einer Person Sozialhilfe gewährt worden ist, kann der Anspruch auf Beihilfe auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden. Die Ausschlussfrist beginnt auch in diesen Fällen mit der erstmaligen Ausstellung der Rechnung.
- 3.** In Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 10 ist ein Fristbeginn mit Ablauf des Jahres zugrunde zu legen, in dem die Transplantation oder gegebenenfalls der Versuch einer Transplantation erfolgte.

Zu Absatz 6

Die Beihilfestelle kann von einer Rückgabe der Belege absehen. Sofern keine Rückgabe der Belege erfolgt, sind die Beihilfeberechtigten darauf vorab hinzuweisen.

Zu Absatz 7

- 1.** Beihilfeberechtigten können insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden. Sie sind bei der folgenden Beihilfefestsetzung zu verrechnen.
- 2.** In den Fällen des § 6 kann auf Antrag für die Dauer von jeweils bis zu zwölf Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. Nach diesem Zeitpunkt ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten endgültig festzusetzen.
- 3.** Soweit Krankenhäuser, Sanatorien oder Kureinrichtungen auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung Vorauszahlungen verlangen, können diesen Einrichtungen auf Antrag des Beihilfeberechtigten angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden. Dabei ist die Vorschussanforderung der Einrichtung beizufügen, die Angaben über den Aufenthaltszeitraum und den Pflegesatz enthalten muss.
- 4.** Die Beihilfestelle kann die Beihilfeberechtigten auffordern, innerhalb einer Frist Belege nachzureichen und überzahlte Beträge zurückzuzahlen.

Zu Absatz 8

Die Hinweispflicht der Festsetzungsstelle gilt entsprechend, wenn Belege bei ihr verbleiben.

Zu Absatz 10

- 1.** Diese Regelung schafft keinen neuen materiellen Beihilfeanspruch.

2. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe auf Antrag der beihilfeberechtigten Person an Dritte auszahlen.

AV zu § 18

Aufgrund der Vererblichkeit des Beihilfeanspruches schafft die Regelung keinen eigenen materiellen Beihilfeanspruch dritter Personen in Bezug auf die im Zusammenhang mit der Behandlung von Verstorbenen entstandenen Aufwendungen (Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 29. April 2010 – 2 C 77/08, Oberverwaltungsgericht des Saarlandes, Urteil vom 28. Februar 2018 – 1 A 272/16). Nach dem Tod des Beihilfeberechtigten kann die Beihilfe mit befreiender Wirkung auf folgende Konten gezahlt werden:

1. das Bezügekonto des verstorbenen Beihilfeberechtigten,
2. ein anderes Konto, das von dem verstorbenen Beihilfeberechtigten im Antrag oder in einer Vollmacht angegeben wurde oder
3. ein Konto eines durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde ausgewiesenen Erben.

An die Antragsbefugnis bei Tod der beihilfeberechtigten Person stellt die Beihilfeverordnung keine formalen Anforderungen. Im Regelfall ist von der Berechtigung der antragsberechtigten Person auszugehen. Eine Nachprüfung der Berechtigung zur Antragstellung kann grundsätzlich unterbleiben. Andere öffentliche Urkunde im Sinne des Satzes 2 Nummer 3 ist beispielsweise ein öffentliches Testament (§ 2232 BGB) oder ein notariell beurkundeter Erbvertrag nebst Eröffnungsprotokoll.

Formblätter 1 – 5 (hier nicht aufgenommen)



dbb - Fachgewerkschaften im Landes- und Kommunaldienst



dbb
beamtenbund
und tarifunion

landesbund
saar

Nähe ist unsere Stärke!

BDF - Bund Deutscher Forstleute

BDR - Bund Deutscher Rechtspfleger

BSJ - Bund Saarländischer Justizvollzugsbediensteter

BtE - Gewerkschaft Mess- und Eichwesen

BTB – Gewerkschaft Technik und Naturwissenschaften

DJG - Deutsche Justizgewerkschaft

DPoIG - Deutsche Polizeigewerkschaft

DStG - Deutsche Steuergewerkschaft

DBSH - Deutscher Berufsverband für soziale Arbeit

DGV - Deutscher Gerichtsvollzieherbund

DVG- Deutsche Verwaltungsgewerkschaft

Fachverband Saarländische **Universitäts- und Landesbibliothek**

GdV - Gewerkschaft der Sozialverwaltung

GdS - Gewerkschaft der Sozialversicherung

Komba - Gewerkschaft Saarland für den Kommunal- und Landesdienst

LbT – Landesverband der beamteten Tierärztinnen und Tierärzte

VDStra – Fachgewerkschaft der Straßen- und Verkehrsbeschäftigten

VdBis - Verband der Bewährungshelfer im Saarland

VBAH - Verband der Beamten und Angestellten der Hochschulen

Vereinigung der **Prüferinnen und Prüfer** beim **Rechnungshof** des Saarlandes

VRFF – Die Mediengewerkschaft

Lehrerverbände

SLLV - Saarländischer Lehrerinnen- und Lehrerverband

SPhV - Saarländischer Philologenverband

VLBS - Verband der Lehrer an beruflichen Schulen

VLWS - Verband der Lehrer an Wirtschaftsschulen

VRB - Verband Reale Bildung

VGB - Verband der Gehörlosen- und Blindenlehrer