

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhVVwV)

Vom 13. Juni 2013

Nach Artikel 86 Satz 1 des Grundgesetzes in Verbindung mit § 57 der Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326) erlässt das Bundesministerium des Innern folgende allgemeine Verwaltungsvorschrift:

1 Zu § 1 Regelungszweck

¹Die Beihilfe ist eine eigenständige ergänzende beamtenrechtliche Krankenfürsorge. ²Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die den Beamtinnen und Beamten und ihren Familien gegenüber bestehende beamtenrechtliche (Artikel 33 Absatz 5 GG) Fürsorgepflicht, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch eine zumutbare Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. ³Die Fürsorgepflicht verlangt jedoch keine lückenlose anteilige Erstattung jeglicher Aufwendungen. ⁴Neben Beamtinnen und Beamten können weitere Personengruppen auf Grund spezialgesetzlicher Verweisungen einen Beihilfeanspruch haben (vgl. zum Beispiel § 27 Absatz 1 des Abgeordnetengesetzes [AbgG], § 46 des Deutschen Richtergesetzes [DRiG] und § 31 des Soldatengesetzes [SG]).

2 Zu § 2 Beihilfeberechtigte

Im Vorgriff auf die nächste Änderung der BBhV wird in dieser Verwaltungsvorschrift bereits die gleichstellungsgerechte Formulierung „die beihilfeberechtigte Person“ (statt „die oder der Beihilfeberechtigte“) verwendet.

2.1 Zu Absatz 1

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

2.2 Zu Absatz 2

2.2.1 Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften im Sinne von Absatz 2 Satz 2 kommen insbesondere § 22 Absatz 1 Satz 2, § 51 Absatz 3, die §§ 53 bis 56, § 61 Absatz 2 und 3 und § 87 Absatz 3 des Beamtenversorgungsgesetzes

(BeamtVG), § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) sowie § 10 Absatz 4 und 6 des Postpersonalrechtsgesetzes in Betracht.

2.2.2 ¹Nach § 80 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 92 Absatz 5 Satz 1 des Bundesbeamtengesetzes (BBG) besteht ein Anspruch auf Beihilfe auch während einer Beurlaubung ohne Besoldung nach § 92 Absatz 1 Satz 1 BBG. ²Dies gilt nicht, wenn die Beamtin oder der Beamte bei einer beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig wird oder in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versichert ist (§ 92 Absatz 5 Satz 2 BBG).

2.2.3 Ein Anspruch auf Beihilfe besteht auch während der Elternzeit (§ 80 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zweite Alternative BBG).

2.3 **Zu Absatz 3**

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

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

2.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

2.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

3 **Zu § 3 Beamtinnen und Beamte im Ausland**
(unbesetzt)

4 **Zu § 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige**

Im Vorgriff auf die nächste Änderung der BBhV wird in dieser Verwaltungsvorschrift bereits die gleichstellungsgerechte Formulierung „die berücksichtigungsfähige Person“ (statt „die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige“) verwendet.

4.1 **Zu Absatz 1**

- 4.1.1 Bei berücksichtigungsfähigen Personen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 5 Absatz 1 zu beachten.
- 4.1.2 ¹Zu Aufwendungen, die vor Entstehung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen der beihilfeberechtigten Person zu gewähren, bei der die betroffene Person bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähig war. ²Dies gilt nicht bei Witwen, Witwern und Waisen.
- 4.1.3 ¹Bei der Prüfung des Einkommens berücksichtigungsfähiger Personen nach § 4 Absatz 1 (Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner) wird grundsätzlich auf den Zeitpunkt des Antragseingangs bei der Festsetzungsstelle abgestellt, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt die Aufwendungen entstanden sind.
- 4.1.4 ¹Durch das grundsätzliche Abstellen auf den Zeitpunkt der Antragstellung ist ein „Schieben“ der Aufwendungen in das Folgejahr möglich. ²§ 54 Absatz 1 ist zu beachten. ³Gibt eine berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 anlässlich eines dienstlich veranlassten Umzugs der beihilfeberechtigten Person ins Ausland die Berufstätigkeit im Laufe des Jahres auf und überschreitet sie mit dem bis dahin erzielten Einkommen noch die Einkommensgrenze, sind im nächsten Jahr Rechnungen über Aufwendungen im Jahr des Umzugs beihilfefähig. ⁴Bei hohen Aufwendungen, beispielsweise im Fall von Krankenhausaufenthalten, können Abschläge auf die zu erwartende Beihilfe gezahlt werden.
- 4.1.5 Wird Beihilfe auf Grund des Satzes 2 gezahlt, ist die beihilfeberechtigte Person schriftlich darüber zu belehren, dass im Falle eines Gesamtbetrages der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr von mehr als 17 000 Euro die Beihilfe zurückzuzahlen ist.
- 4.1.6 ¹Der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes (EStG) ist die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Absatz 3 EStG. ²Nach § 2 Absatz 2 EStG sind Einkünfte
- bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k EStG),
 - bei den anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9a EStG).
- ³Die Voraussetzungen für die Beihilfegewährung für berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 sind durch die Vorlage des Steuerbescheides

des Vorvorjahres einmal jährlich nachzuweisen. ⁴Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben können unkenntlich gemacht werden. ⁵Die Festsetzungsstelle kann andere Einkommensnachweise fordern oder zulassen, wenn die beihilfeberechtigte Person keinen Steuerbescheid vorlegen kann (zum Beispiel bei Nichtveranlagung) oder der Steuerbescheid nicht alle von § 2 Absatz 3 EStG erfassten Einkünfte abbildet (zum Beispiel Pauschalsteuer auf Zinseinkünfte). ⁶Andere Nachweise müssen einem Steuerbescheid hinsichtlich Aussagekraft und Beweiswert mindestens gleichwertig sein und alle von § 2 Absatz 3 EStG erfassten Einkünfte umfassen.

4.2 **Zu Absatz 2**

4.2.1 ¹Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. ²Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die der beihilfeberechtigten Person kein Familienzuschlag zusteht (Kinder von Beamtinnen und Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, Kinder beihilfeberechtigter Personen, die sich in Elternzeit befinden) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden.

4.2.2 Welcher beihilfeberechtigten Person die Beihilfe für Kinder gewährt wird, die bei mehreren beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig sind, ergibt sich aus § 5 Absatz 4.

4.2.3 ¹Ein Anspruch auf Beihilfe für Kinder als berücksichtigungsfähige Personen besteht grundsätzlich so lange, wie der auf die Kinder entfallende Teil des Familienzuschlags nach dem BBesG oder dem BeamtVG gezahlt wird. ²Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat, und der auf die Kinder entfallende Teil des Familienzuschlags zurückgefordert wird.

4.2.4 Die Nummern 4.1.1 und 4.1.2 gelten entsprechend.

4.3 **Zu Absatz 3** (unbesetzt)

5 **Zu § 5 Konkurrenzen**

5.1 **Zu Absatz 1**

Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig.

5.2 **Zu Absatz 2**

- 5.2.1 Die Feststellung der Zuständigkeit soll zwischen den beteiligten Festsetzungsstellen unverzüglich erfolgen.
- 5.2.2 Mit der Regelung wird sichergestellt, dass ein Beihilfeanspruch auf Grund eines eigenen Versorgungsanspruchs sowohl Beihilfeansprüchen auf Grund früherer Versorgungsansprüche aus Dienstverhältnissen anderer Person als auch einem Beihilfeanspruch als Witwe oder Witwer vorgeht.

5.3 **Zu Absatz 3**

- 5.3.1 ¹Die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Person wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne des § 5 Absatz 3 nicht ausgeschlossen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. ²Beispiel: Eine als krankenversicherungspflichtige Tarifbeschäftigte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin oder berücksichtigungsfähige Person hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. ³Als Tarifbeschäftigte steht ihr insoweit keine Beihilfe zu, da sie in diesem Fall infolge der Verweisung auf Sachleistungen dem Grunde nach keine Beihilfeberechtigung aus ihrem Arbeitsverhältnis hat. ⁴Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht ihr eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder als berücksichtigungsfähige Person zu. ⁵Die Einkommensgrenze für berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 Satz 1 ist zu beachten.
- 5.3.2 ¹Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichtigungsfähige Person ist ausgeschlossen. ²Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.
- 5.3.3 ¹Soweit in der privaten Krankenversicherung (PKV) versicherte Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer ausüben und auf Grund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V oder keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlangen können, ist aus Fürsorgegründen Absatz 3 nicht anzuwenden. ²In diesen Fällen verdrängt die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder als berücksichti-

gungsfähige Person die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.

- 5.3.4 ¹Wird ein tarifvertraglicher Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen, der teilzeitbeschäftigten berücksichtigungsfähigen Personen nach § 4 Absatz 1 zusteht, entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gekürzt, besteht ein ergänzender Anspruch auf Beihilfe über die beamtete beihilfeberechtigte Person, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. § 4 Absatz 1). ²Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund Tarifvertrags zustehende Beihilfe abzuziehen (§ 9 Absatz 1). ³Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzung des Kapitels 3 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch der beamteten beihilfeberechtigten Person.

5.4 **Zu Absatz 4**

Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen mit unterschiedlichen Dienstherrn (zum Beispiel Bund – Land; Bund – Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung auf dem Formblatt nach Anhang 1 zu übersenden.

6 **Zu § 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen**

6.1 **Zu Absatz 1**

- 6.1.1 ¹Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Beschluss vom 30. September 2011 – 2 B 66.11 –) sind Aufwendungen notwendig, wenn die medizinische Leistung notwendig ist. ²Insoweit gilt § 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V entsprechend. ³Folglich sind Leistungen lediglich auf Verlangen, wie zum Beispiel medizinisch-ästhetische Leistungen (so genannte Schönheitsoperationen) nicht notwendig, weil kein therapiebedürftiger krankheitswerter Zustand vorliegt.

- 6.1.2 Aufwendungen nach Satz 2 umfassen neben Aufwendungen für Leistungen nach § 13 auch solche, bei denen die Leistung nicht von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht worden ist, weil das medizinische Fachpersonal nicht in der Lage ist, die Leistung selbst zu erbringen, diese aber dringend medizinisch geboten ist (zum Beispiel Spezialuntersuchungen in wissenschaftlichen Instituten).

6.2 **Zu Absatz 2**

¹Im Regelfall sind von der GKV anerkannte neue Behandlungsmethoden beihilfefähig. ²Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein ärztliches Gut-

achten bestätigt, ist vor einer beihilferechtlichen Anerkennung der obersten Dienstbehörde zu berichten.

6.3 **Zu Absatz 3**

- 6.3.1 ¹Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zu Grunde zu legen sind. ²Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. ³Der in der GOÄ und der GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten. ⁴Liquidationen, die neben der Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen nach der GOÄ in Übereinstimmung mit der aktuellen Rechtslage auch die entsprechende Umsatzsteuer ausweisen, sind in vollem Umfang, das heißt einschließlich der Umsatzsteuer, beihilfefähig, zum Beispiel selbständig tätige Beleg- oder Laborärztinnen und -ärzte.
- 6.3.2 ¹Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen sind die Gebühren nach der GOÄ oder GOZ auch dann, wenn die Leistung von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt oder in deren oder dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (zum Beispiel einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit die Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung vorgeschrieben ist. ²Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten zum Beispiel die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. ³Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für alle anderen Benutzer verbindlich sind. ⁴Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden. ⁵Abrechnungen nach dem Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif (DKG-NT) sind ebenso anzuerkennen.
- 6.3.3 ¹Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind (§ 1 Absatz 2 Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). ²Dabei handelt es sich um die Leistungen nach folgenden Nummern des Gebührenverzeichnisses der GOÄ:
- Abschnitt B des Gebührenverzeichnisses: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95;

- Abschnitt G des Gebührenverzeichnisses: 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.

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

- 6.3.4 ¹Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Absatz 2 Satz 4, Absatz 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Absatz 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, kann sie nach Absatz 3 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Absatz 3 Satz 1 und 2 GOÄ, § 10 Absatz 3 Satz 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. ²Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen
- besonders schwierig war,
 - 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 Absatz 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. zum Beispiel Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und Nummer 6050 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

³Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. Mai 1996 - 2 C 10/95 - ist ein Überschreiten dann gerechtfertigt, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen. ⁴Die Besonderheiten müssen „gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle“ auftreten. ⁵Die Besonderheiten eines angewendeten Verfahrens können mithin alleine nicht eine Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen (siehe auch OVG Lüneburg, Urteil vom 13. November 2012 – 5 LC 222/11 –).

- 6.3.5 ¹Nach § 12 Absatz 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Absatz 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. ²Bestehen bei der Festsetzungsstelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie die Antragstellerin oder den Antragsteller bitten, die Begründung durch die Ärztin, den Arzt, die Zahnärztin oder den Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person veranlasst worden ist. ³Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung der beihilfeberechtigten Person eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer oder Zahnärztekammer oder einer medizinischen oder zahnmedizinischen Gutachterin oder eines medizinischen oder zahn-

medizinischen Gutachters einzuholen. ⁴Die beihilfeberechtigte Person ist nach § 51 Absatz 1 Satz 2 zur Mitwirkung verpflichtet. ⁵Wird das Einverständnis nicht erteilt, ist Nummer 51.1.7 zu beachten.

6.3.6 ¹Nach § 2 Absatz 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). ²Eine Abdingung der GOÄ/GOZ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig. ³Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 Absatz 1 GOÄ/GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinne der Beihilfevorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Absatz 1 und 3 GOÄ, § 5 Absatz 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend den Nummern 6.3.4 und 6.3.5 gerechtfertigt. ⁴Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern (BMI) zugelassen werden.

6.3.7 Ist die beihilfeberechtigte Person zivilgerichtlich rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung einer Ärztin oder eines Arztes verurteilt, ist die Vergütung regelmäßig als angemessen im Sinne des Beihilferechts anzuerkennen (vgl. BVerwG, Urteil vom 25. November 2004 – 2 C 30.03 –).

6.3.8 ¹Rechnungen, die nach Maßgabe von Vereinbarungen der Krankenkassen nach dem SGB V oder Verträgen von Unternehmen privater Krankenversicherungen mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erstellt worden sind, bedürfen keiner weiteren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. ²Die Pauschalbeträge können als beihilfefähig anerkannt werden. ³Dabei ist ausreichend, wenn in der Rechnung auf die Vereinbarung oder den Vertrag verwiesen wird. ⁴Sofern die Unternehmen der privaten Krankenversicherung unterschiedliche Tarifvereinbarungen mit den Leistungserbringern abgeschlossen haben, gilt dies nur für den Bereich des Grundtarifs, der im Regelfall bereits die Unterbringung im Zweibettzimmer umfasst. ⁵Ausgewiesene Komforttarife, die ein besonderes Wahlleistungsangebot umfassen, beinhalten insoweit Leistungen, die nicht notwendig und wirtschaftlich angemessen und damit nicht beihilfefähig sind.

6.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

6.5 **Zu Absatz 5**

6.5.1 Für nach den Absätzen 1 bis 3 beihilfefähige Aufwendungen für Leistungen, die nicht durch den Basistarif abgedeckt sind, ist Absatz 5 nicht anwendbar.

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

6.5.3 Rechnungen, die auf Grundlage der nach § 75 Absatz 3b Satz 1 SGB V abgeschlossenen Verträge erstellt worden sind, bedürfen keiner weiteren Prüfung.

6.6 **Zu Absatz 6**

¹Auf Grund des Wesens der Beihilfe als Fürsorgeleistung des Dienstherrn müssen Beteiligungsmaßnahmen nach Absatz 6 immer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen zugutekommen. ²Die Vorschrift ermächtigt das BMI im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen, sich pauschal zu beteiligen. ³Individuelle Ansprüche von beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen können daraus nicht abgeleitet werden.

6.7 **Zu Absatz 7**

¹Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet es, auch dann eine angemessene Beihilfe zu gewähren, wenn die in der BBhV vorgesehenen Voraussetzungen für die Gewährung einer Beihilfe nicht erfüllt sind, die Versagung einer Beihilfe auf Grund außergewöhnlicher Umstände des Einzelfalls aber eine besondere Härte für die beihilfeberechtigte Person bedeuten würde. ²Ein besonderer Härtefall wird nicht bereits dann anzunehmen sein, wenn keine der besonderen Härtefallregelungen (zum Beispiel § 39 Absatz 2, § 47 oder § 50 BBhV) einschlägig ist. ³Es müssen besondere Umstände hinzukommen, die eine Ausnahme rechtfertigen. ⁴Kriterien können sein, dass eine angemessene Selbstvorsorge nicht gewährleistet werden konnte oder jemand aus sonstigen Gründen unverschuldet in eine Notlage gerät, in der die Belastung mit Krankheits- oder Pflegekosten den amtsangemessenen Unterhalt der beihilfeberechtigten Person und ihrer Familie gefährdet.

7 **Zu § 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch** (unbesetzt)

8 **Zu § 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit**

8.1 **Zu Absatz 1** (unbesetzt)

8.2 **Zu Absatz 2**

¹Nach § 76 BBG gehen gesetzliche Schadensersatzansprüche infolge Körperverletzung oder Tötung insoweit auf den Dienstherrn über, als er dienstrechtlich zu Leistungen verpflichtet ist, also auch bis zur Höhe des Beihilfeanspruchs zu beihilfefähigen Aufwendungen infolge der Schädigung. ²Der Anspruchsübergang unterbleibt bei Schadensersatzansprüchen, die sich gegen einen mit der oder dem Verletzten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen richten. ³Da es sich um einen gesetzlichen Forderungsübergang handelt, bedarf es für seine Wirksamkeit keiner Abtretung oder anderen Rechtshandlung. ⁴Der Übergang erfolgt kraft Gesetzes und grundsätzlich im Zeitpunkt des Schadensereignisses. ⁵Soweit der Anspruch auf den Dienstherrn übergegangen ist, kann der Verletzte nicht mehr, zum Beispiel durch Vergleich, darüber verfügen. ⁶Bei vertraglichen Schadensersatzansprüchen, insbesondere aus einem Behandlungsvertrag mit dem Arzt, ergibt sich der gesetzliche Forderungsübergang aus den parallel bestehenden gesetzlichen Schadensersatzansprüchen. ⁷Soweit Schadensersatzansprüche ausnahmsweise nicht nach § 76 BBG erfasst werden und nicht auf den Dienstherrn übergehen, sind Aufwendungen in dem Umfang nicht beihilfefähig, wie der beihilfeberechtigten Person ein Ersatzanspruch gegen Dritte zusteht. ⁸Ein Anspruch auf Krankenhilfe gegenüber dem Jugendamt nach § 40 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) ist gegenüber der Beihilfe nachrangig (§ 10 Absatz 1 SGB VIII, VG Berlin, Urteil vom 21. August 2008 – 36 A 185.06 –) und deshalb nicht als Ersatzanspruch nach § 8 Absatz 2 von den Aufwendungen abzuziehen.

8.3 **Zu Absatz 3**

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

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

8.4 **Zu Absatz 4**

8.4.1 ¹Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (zum Beispiel ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel, die nach Vorlage der

Krankenversicherungskarte bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer verabreicht werden, sowie kieferorthopädische Behandlung) einer Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, zum Beispiel der Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). ²Bei Ansprüchen nach dem BVG sind nur die nach § 10 Absatz 1 BVG zustehenden Leistungen von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. ³Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 9 Absatz 1 Satz 1 angerechnet.

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

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

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

³Als Festbeträge gelten auch

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

8.4.4 ¹Satz 3 Nummer 2 erfasst die Fälle, in denen sich die oder der gesetzlich Pflichtversicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (zum Beispiel privatärztliche Behandlung durch eine Kassenärztin oder einen Kassenarzt). ²Wäre im Falle der Vorlage der Krankenversicherungskarte oder eines Überweisungsscheines eine Sachleistung verabreicht worden, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. ³Gehört die behandelnde Person, die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Personenkreis, ist § 9 Absatz 3 anzuwenden.

8.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

9 **Zu § 9 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen**

9.1 **Zu Absatz 1**

9.1.1 ¹Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören zum Beispiel auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. ²Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche nach dem BVG, und zwar auf Leistungen der Kriegsopferversorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen der oder des Leistungsberechtigten oder ihrer oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.

9.1.2 Satz 1 gilt nicht für solche Leistungen, die von den Krankenversicherungssystemen zwischen- und überstaatlicher Einrichtungen auf Grund einer freiwilligen Vereinbarung, zum Beispiel an ehemalige NATO-Bedienstete als Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfänger gewährt werden.

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

9.2 **Zu Absatz 2**

¹Die GKV zahlt bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) einen befundbezogenen Festzuschuss in Höhe von 50 Prozent der jeweiligen Regelversorgung (§ 55 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V). ²Unter den Voraussetzungen des § 55 Absatz 1 Satz 3 SGB V erhöht sich der Festzuschuss um 30 Prozent. ³Dieser maximal zu erreichende Festzuschuss (entspricht 65 Prozent der jeweiligen Regelversorgung) wird immer, sowohl bei freiwillig Versicherten als auch bei Pflichtversicherten in der GKV, angerechnet, unabhängig davon, ob die GKV diesen auch gezahlt hat.

9.3 **Zu Absatz 3**

9.3.1 Satz 1 ist zum Beispiel bei privatärztlicher Behandlung anzuwenden.

9.3.2 Zu den Erstattungen und Sachleistungen der GKV aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 4 Nummer 3 gehören nicht Erstattungen und Sachleistungen der GKV, die von ihr auf Grund des BVG gewährt werden.

9.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

10 **Zu § 10 Beihilfeanspruch**

10.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

10.2 **Zu Absatz 2**

10.2.1 ¹An die Antragsbefugnis bei Tod der beihilfeberechtigten Person stellt die BBhV keine formalen Anforderungen. ²Im Regelfall ist von der Berechtigung der antragstellenden Person auszugehen. ³Eine Nachprüfung der Berechtigung zur Antragstellung kann grundsätzlich unterbleiben.

10.2.2 Eine andere öffentliche Urkunde im Sinne der Nummer 3 ist zum Beispiel ein öffentliches Testament (§ 2232 BGB) oder ein notariell beurkundeter Erbvertrag nebst Eröffnungsprotokoll.

11 **Zu § 11 Aufwendungen im Ausland**

11.1 **Zu Absatz 1**

11.1.1 ¹Bei in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union entstandenen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. ²Beihilfefähige Höchstbeträge, Ausschlüsse und Eigenbeteiligungen sind zu beachten. ³Bei privaten Krankenhäusern ist eine Vergleichsberechnung entsprechend § 26 Absatz 2 durchzuführen, es sei denn, es handelt sich um eine Notfallversorgung.

11.1.2 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tag der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, es sei denn, dass der bei der Begleichung der Rechnung angewandte Umrechnungskurs nachgewiesen wird.

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

- 11.1.4 Für die beihilfefähigen Aufwendungen beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen mit ständigem Wohnsitz außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union gilt als Wohnort
- bei Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
 - bei den übrigen beihilfeberechtigten Personen der Dienstort.
- 11.1.5 Befindet sich ein Heimdialysepatient aus privaten Gründen vorübergehend außerhalb der Europäischen Union, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.
- 11.1.6 ¹Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Bescheinigung einer Fachärztin / eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. ²Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 26 medizinisch indiziert ist. ³Ist eine Krankenhausbehandlung indiziert, entfällt die Vergleichsberechnung nach § 26 Absatz 2.
- 11.1.7 Aufwendungen für eine Behandlung wegen Neurodermitis oder Psoriasis in einem der in Anhang 4 aufgeführten Kurorte am Toten Meer sind im gleichen Umfang wie Aufwendungen nach § 35 Absatz 1 Nummer 4 beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

11.2 **Zu Absatz 2**

¹In den in Satz 1 enumerativ aufgezählten Fällen ist im nichteuropäischen Ausland keine Vergleichsberechnung durchzuführen. ²Auch eine Vergleichsberechnung nach § 26 Absatz 2 ist nicht zu veranlassen, wenn es sich um eine Notfallversorgung handelt, die Kosten vor Antritt der Reise als beihilfefähig anerkannt worden sind oder in der Nähe der deutschen Grenze wohnende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in akuten Fällen ein Krankenhaus aufsuchen mussten. ³Unter Notfallversorgung wird die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen einschließlich Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen verstanden. ⁴Eine eventuelle Weiterbehandlung außerhalb der Notfallbehandlung ist mithin nicht beihilfefähig. ⁵So wären beispielsweise bei einem Skiunfall mit einfachem Knochenbruch in der

Schweiz die Rettungsdienste, die Fixierung des Beines usw. beihilfefähig.
⁶Aufwendungen nach Wiederherstellung der Reisefähigkeit sind dagegen nicht mehr beihilfefähig, da ab diesem Zeitpunkt von der Zumutbarkeit einer eventuell erforderlichen Weiterbehandlung im Inland ausgegangen werden kann. ⁷In Zweifelsfällen hat die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person die Nichttransportfähigkeit durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen (vgl. § 51 Absatz 1 Satz 2 und 3).

11.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

12 **Zu § 12 Ärztliche Leistungen**

¹Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose. ²Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung können die Aufwendungen nicht geprüft werden. ³Der Antragstellerin oder dem Antragssteller ist Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben beizubringen.

13 **Zu § 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern**

13.1 Dienstunfähigkeitsbescheinigungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nicht beihilfefähig (Umkehrschluss aus § 12 Satz 3 BBhV).

13.2 Nummer 12 gilt entsprechend.

14 **Zu § 14 Zahnärztliche Leistungen**
(unbesetzt)

15 **Zu § 15 Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**

15.1 **Zu Absatz 1**

15.1.1 Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ auch Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (zum Beispiel Knochenaufbau) nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ erfasst.

15.1.2 Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für den Austausch von Sekundärteilen gilt Absatz 1 entsprechend.

- 15.1.3 ¹Aufwendungen für temporäre Implantate sind beihilfefähig, wenn diese medizinisch notwendig sind und die endgültige Versorgung als beihilfefähig anerkannt wird. ²Ist die endgültige Versorgung mit Implantaten nicht beihilfefähig, so sind auch die Aufwendungen für temporäre Implantate nicht beihilfefähig.
- 15.1.4 Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sofern die beihilfeberechtigte Person nicht in geeigneter Weise, zum Beispiel durch Beihilfebescheide und Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgebers glaubhaft machen kann (BVerwG, Urteil vom 28. Mai 2008 – 2 C 12.07 –).
- 15.1.5 ¹Bei Satz 1 Nummer 5 kommt es nicht darauf an, dass der Kiefer im Zeitpunkt des Setzens der Implantate zahnlos ist. ²Maßgebend für die Voraussetzung eines zahnlosen Kiefers ist der Zeitpunkt des Einbringens des Zahnersatzes (Fixierung der Totalprothese). ³Auf Grund der regelmäßig längeren Zeitspanne zwischen dem Einbringen der Implantate und dem Erreichen des insoweit zahnlosen Kiefers (Einbringen des Zahnersatzes) sollte die Gewährung der Beihilfe bis zum Nachweis des zahnlosen Ober- und Unterkiefers unter Vorbehalt gestellt werden.

15.2 **Zu Absatz 2**

- 15.2.1 ¹Nach den Abrechnungsbestimmungen des Gebührenverzeichnisses der GOZ umfassen die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Methoden oder den verwendeten Therapiegeräten. ²Sofern eine Weiterbehandlung über den bis zu vierjährigen Zeitraum hinaus medizinisch notwendig wird, ist die Vorlage eines neuen Heil- und Kostenplanes erforderlich. ³Dieser ist im letzten Quartal vor Ablauf der vierjährigen Behandlung, das heißt im 16. Behandlungsquartal, vorzulegen. ⁴Maßnahmen nach den Nummern 6030 bis 6080 des Gebührenverzeichnisses GOZ können in entsprechender Anwendung des Urteils des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 24. März 1997 – 3 B 95.1895 – über den vierjährigen Zeitraum hinaus pro Jahr der Weiterbehandlung nur mit 1/4 der vollen Gebühr als beihilfefähig anerkannt werden. ⁵Entsprechendes gilt für erforderliche Zweitbehandlungen.
- 15.2.2 Erfolgt die aktiven Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Regelbehandlungszeit von bis zu vier Jahren und sind anschließend ausschließlich Retentionsmaßnahmen nach Nummer 6210 oder Begleitleistungen nach den Nummern 6180 bis 6230 des Gebührenverzeichnisses der GOZ medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.

15.2.3 ¹Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 6200 und 6240 des Gebührenverzeichnisses der GOZ setzen nicht unmittelbar eine kieferorthopädische Behandlung im Sinne dieser Verordnung voraus. ²Für diese Leistungen ist kein Heil- und Kostenplan notwendig.

15.2.4 Schwere Kieferanomalien sind:

- angeborene Missbildungen des Gesichts oder eines Kiefers,
- skelettale Dysgnathien,
- verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen.

15.2.5 Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.

15.2.6 Ein Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden auf Grund eines berufsbedingten Umzugs oder einer medizinischen Notwendigkeit liegt nicht in der Verantwortung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person.

15.2.7 ¹Aufwendungen für die Invisalign-Methode als kieferorthopädische Behandlungsmethode sind beihilfefähig, soweit sie die Aufwendungen einer sonst medizinisch notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Zahnkorrekturbehandlung (zum Beispiel Zahnspange, Brackets) nicht übersteigen. ²Die Antragstellerin oder der Antragsteller hat einen Vergleichskostenvoranschlag einzureichen.

15.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

16 **Zu § 16 Auslagen, Material- und Laborkosten**

16.1 **Zu Absatz 1**

Aufwendungen für Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ sind durch eine Rechnung der Zahnärztin, des Zahnarztes oder des Dentallabors entsprechend § 10 Absatz 2 Nummer 5 und 6 GOZ nachzuweisen.

16.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

17 **Zu § 17 Zahnärztliche Leistungen bei Beamtinnen und Beamten auf Widerruf**
(unbesetzt)

18 **Zu § 18 Psychotherapeutische Leistungen**

18.1 **Zu Absatz 1** (unbesetzt)

18.2 **Zu Absatz 2** (unbesetzt)

18.3 **Zu Absatz 3** (unbesetzt)

18.4 **Zu Absatz 4**

18.4.1 Die Liste der Gutachterinnen und Gutachter nach Satz 2 ist vertraulich und daher in dem passwortgeschützten Bereich auf der Internetseite des Bundesverwaltungsamts (www.dienstleistungszentrum.de) unter der Rubrik „Dienstleistungen, Beihilfe, Gutachterliste“ hinterlegt.

18.4.2 ¹Gutachterinnen oder Gutachter erstellen im Auftrag der Festsetzungsstelle ein Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung und bewerten die Angaben der Ärztin, des Arztes, der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeutin oder Therapeut genannt); dabei sind die Formblätter 1 und 2 nach Anhang 2 zu verwenden. ²Die Einreichung der Unterlagen an die Gutachterin oder den Gutachter hat in anonymisierter Form zu erfolgen. ³Die Festsetzungsstelle vergibt an die beihilfeberechtigte Person einen von ihr festgelegten Anonymisierungscode. ⁴Bei Erst- und Folgegutachten ist derselbe Anonymisierungscode zu verwenden.

18.4.3 ¹Die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens ist nicht erforderlich, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person bereits eine Leistungszusage auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten ergeben. ²Entspricht die Leistungszusage nicht dem beihilferechtlich möglichen Umfang oder ist sie ganz versagt worden, kann das beihilferechtliche Voranerkennungsverfahren daneben durchgeführt werden.

18.4.4 ¹Die beihilfeberechtigte Person hat der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 nach Anhang 2 ausgefüllt vorzulegen. ²Außerdem hat die beihilfeberechtigte Person oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf dem Formblatt 2 nach Anhang 2 einen Bericht für die Gutachterin oder den Gutachter zu erstellen.

- 18.4.5 Die Therapeutin oder der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 nach Anhang 2 und gegebenenfalls das Formblatt 3 nach Anhang 2 in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der beihilfeberechtigten Person, der Patientin oder des Patienten.
- 18.4.6 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit dem Formblatt 4 nach Anhang 2 eine Gutachterin oder einen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 5 nach Anhang 2 und leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!),
 - das ausgefüllte Formblatt 1 nach Anhang 2 (als Kopie),
 - das Formblatt 5 nach Anhang 2 in dreifacher Ausfertigung,
 - einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- 18.4.7 ¹Die Gutachterin oder der Gutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme auf dem Formblatt 5 nach Anhang 2 – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. ²Diese leitet eine Ausfertigung an die Therapeutin oder den Therapeuten weiter. ³Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 6 nach Anhang 2 oder deren Ablehnung.
- 18.4.8 ¹Legt die beihilfeberechtigte Person gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. ²Zu diesem Zweck hat die beihilfeberechtigte Person oder die Patientin oder der Patient die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den "Erstbericht" an die Gutachterin oder den Gutachter auf dem Formblatt 2 nach Anhang 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsstelle, der Gutachterin oder des Gutachters eingegangen werden sollte. ³Die Therapeutin oder der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Obergutachterin oder den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag, das Ersuchen der beihilfeberechtigten Person, der Patientin oder des Patienten. ⁴Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters abgelehnt wurde, weil die Therapeutin oder der Therapeut die in Anlage 3 zur BBhV aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

18.4.9 ¹Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle eine geeignete Obergutachterin oder einen geeigneten Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens. ²Die Festsetzungsstelle leitet ihr oder ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet!),
- Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
- einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumsschlag.

³Ist die oder der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachterin oder Gutachter gleichzeitig Obergutachterin oder Obergutachter, ist eine andere Obergutachterin oder ein anderer Obergutachter einzuschalten.

18.4.10 ¹Die Obergutachterin oder der Obergutachter übermittelt ihre oder seine Stellungnahme in dem Freiumsschlag der Festsetzungsstelle. ²Auf Grundlage dieser Stellungnahme hilft die Festsetzungsstelle dem Widerspruch ab (§ 72 VwGO) oder erteilt der beihilfeberechtigten Person einen Widerspruchsbescheid (§ 73 Absatz 1 VwGO).

18.4.11 ¹Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Festsetzungsstelle den von der Therapeutin oder dem Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht auf dem Formblatt 2 nach Anhang 2 mit einem Freiumsschlag der Gutachterin oder dem Gutachter zu, welche oder welcher das Erstgutachten erstellt hat. ²Dabei ist das Formblatt 5 nach Anhang 2 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. ³Im Übrigen gelten die Nummern 18.4.6 bis 18.4.9 entsprechend.

18.4.12 Um eine Konzentration auf einzelne Gutachterinnen und Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachterinnen, Gutachtern, Obergutachterinnen oder Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.

18.4.13 Die Festsetzungsstelle trägt die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro und des Obergutachtens in Höhe von 82 Euro jeweils zuzüglich der Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, sowie die Aufwendungen für die Abrechnung der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses GOÄ für die Einleitung des Gutachterverfahrens.

18.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

18.6 **Zu Absatz 6**

¹Die ambulante psychosomatische Nachsorge ist keine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 19 bis 21 und bedarf daher kei-

nes Gutachterverfahrens. ²Die Aufwendungen sind angemessen bis zur Höhe der Vergütung, die von den Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind.

18.7 Zu Absatz 7

Psychologische Psychotherapeutinnen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten müssen zusätzlich zu dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter mit dem Formblatt 3 nach Anhang 2 den erforderlichen Konsiliarbericht einer Ärztin oder eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Absatz 3 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes) einholen.

18.8 Zu Absatz 8

Telefon- oder Internetkosten gehören nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen für das internetgestützte Therapieverfahren.

18.9 Zu Absatz 9
(unbesetzt)

19 Zu § 19 Psychosomatische Grundversorgung

19.1 Zu Absatz 1
(unbesetzt)

19.2 Zu Absatz 2

¹Ein „Krankheitsfall“ umfasst die auf einer verbindenden Diagnose beruhende und im Wesentlichen einer einheitlichen Zielsetzung dienende Psychotherapie in einer akuten Krankheitsperiode. ²Der Begriff des Krankheitsfalls ist daher enger als der des Behandlungsfalls im Sinne des SGB V.

20 Zu § 20 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

20.1 Zu Absatz 1

Der Begriff des „Krankheitsfalls“ ist derselbe wie in § 19 Absatz 2 Satz 1 (Nummer 19.2).

20.2 **Zu Absatz 2**

¹Bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen können Bezugspersonen einbezogen werden. ²In der Begründung zum Antrag ist anzugeben, ob und in welchem Umfang eine Einbeziehung von Bezugspersonen als notwendig angesehen wird. ³Die vorgesehene Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen steht zur Stundenzahl der Patientin oder des Patienten in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. ⁴Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen bewilligten Stundenzahl ist der Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen hinzuzurechnen. ⁵Ist eine höhere Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten und bewilligt, so reduziert sich die Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen entsprechend.

20.3 **Zu Absatz 3** (unbesetzt)

21 **Zu § 21 Verhaltenstherapie**

21.1 **Zu Absatz 1**

21.1.1 Der Begriff des „Krankheitsfalls“ ist derselbe wie in § 19 Absatz 2 Satz 1 (Nummer 19.2.).

21.1.2 ¹Bei Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen können Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4 einbezogen werden. ²Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen bewilligte Stundenzahl ist der Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen hinzuzurechnen. ³Ist eine höhere Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten und bewilligt, so reduziert sich die Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen entsprechend.

21.2 **Zu Absatz 2** (unbesetzt)

22 **Zu § 22 Arznei- und Verbandmittel**

22.1 **Zu Absatz 1**

22.1.1 ¹Die Verordnung nach Absatz 1 muss grundsätzlich vor dem Kauf des Arznei- oder Verbandmittels erfolgen. ²Eine Ausnahme ist nur zulässig, wenn auf Grund der Art der Erkrankung ein sofortiger Kauf medizinisch notwendig war. ³Gewährte zuordnungsfähige Rabatte sind zu berücksichtigen.

- 22.1.2 ¹Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der Ärztin, des Arztes, der Zahnärztin oder des Zahnarztes erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. ²Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.
- 22.1.3 ¹Packungsgröße und Anzahl der Packungen der Arznei- und Verbandmittel ergeben sich aus der ärztlichen oder zahnärztlichen Verordnung. ²Auch bei einer Abgabe zu unterschiedlichen Zeitpunkten bleiben die Aufwendungen beihilfefähig, solange die insgesamt verordnete Menge nicht überschritten wird.
- 22.1.4 ¹Aufwendungen für Produkte nach Absatz 1, die von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern verordnet wurden, sind nicht beihilfefähig. ²Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Produkte nach Absatz 1, die während der heilpraktischen Behandlung verbraucht wurden, bestimmt sich nach § 22 BBhV.

22.2 **Zu Absatz 2**

- 22.2.1 Zu den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt werden, gehören auch die Arzneimittel, die von den Patienten auf Grund einer ärztlichen Verordnung selbst beschafft wurden und in der Praxis bei der ambulanten Behandlung verabreicht werden.
- 22.2.2 ¹Für die in der Anlage 6 zur BBhV aufgeführten schwerwiegenden Erkrankungen kann die Ärztin oder der Arzt auch anthroposophische und homöopathische Arzneimittel verordnen, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Erkrankungen nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist. ²Die Ärztin oder der Arzt hat in der Verordnung die zugrunde liegende Diagnose anzugeben.
- 22.2.3 Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit beihilfefähigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), sind beihilfefähig, wenn das nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation zum Hauptarzneimittel als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist.
- 22.2.4 ¹Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, die zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines beihilfefähigen Arzneimittels auftretenden schädlichen unbeabsichtigten Reaktionen (unerwünschte Arzneimittelwirkungen – UAW) eingesetzt werden, sind beihilfefähig, wenn die UAW schwerwiegend sind. ²Das heißt, wenn die UAW lebensbedrohlich ist oder wenn sie auf Grund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. ³Dabei wird nicht

auf die genannten Indikationsgebiete nach Anlage 6 zur BBhV abgestellt.

⁴Die UAW muss aus der Fachinformation des Arzneimittels ersichtlich und das nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung der UAW zugelassen sein.

22.3 **Zu Absatz 3**

22.3.1 ¹Festbeträge werden nur für therapeutisch vergleichbare Arzneimittel gebildet. ²Insofern stehen den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen genügend andere Arzneimitteln mit therapeutisch vergleichbaren und gleichwertigen Wirkstoffen zur Verfügung. ³Eine Ausnahmeregelung ist auch vor dem Hintergrund der Fürsorgepflicht mithin nicht geboten.

22.3.2 Grundlage für die Ermittlung des beihilfefähigen Festbetrags bildet die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 35 Absatz 8 SGB V aus den Arzneimittelgruppen zu erstellende und bekannt zu gebende Übersicht über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel, die auf der Internetseite des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (www.dimdi.de) veröffentlicht wird.

22.4 **Zu Absatz 4** (unbesetzt)

22.5 **Zu Absatz 5**

Ausnahmefälle für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zur enteralen Ernährung (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung) liegen insbesondere vor bei:

- Ahornsirupkrankheit,
- Colitis ulcerosa,
- Kurzdarmsyndrom,
- Morbus Crohn,
- Mukoviszidose,
- Phenylketonurie,
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (zum Beispiel Mundboden- und Zungenkarzinom),
- Tumorthérapien (auch nach der Behandlung),
- postoperativer Nachsorge,
- angeborene Defekte im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,
- angeborene Enzymdefekte, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
- AIDS-assoziierten Diarrhöen,
- Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
- Niereninsuffizienz,

- multipler Nahrungsmittelallergie.

23 **Zu § 23 Heilmittel**

23.1 **Zu Absatz 1**

23.1.1 ¹Die in Anlage 10 zur BBhV genannten Personen sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht. ²Bei einer Sprachtherapie können auch die Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich anerkannte Sprachtherapeutinnen und Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Runderlass vom 30. Juli 1979, Nds. MBl. S. 1499) als beihilfefähig anerkannt werden. ³Zu den in Absatz 1 genannten vergleichbar qualifizierten Personen gehören staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen und Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157) im Rahmen der Anlage 9 zur BBhV, Bereich Logopädie. ⁴Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Personen in ihrem Beruf erbringen. ⁵Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen und Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagoginnen und Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrerinnen und Eurhythmielehrern, Eutoniepädagoginnen und -therapeutinnen und Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrerinnen und Gymnastiklehrern, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten, Maltherapeutinnen und Maltherapeuten, Montessoritherapeutinnen und Montessoritherapeuten, Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten, Sonderschullehrerinnen und Sonderschullehrern und Sportlehrerinnen und Sportlehrern erbracht werden.

23.1.2 ¹Beihilfefähig sind grundsätzlich nur Aufwendungen für die Heilmittel nach Anlage 9 zur BBhV. ²Wird ein anderes Heilmittel abgerechnet, ist zunächst zu klären, ob dieses Heilmittel einem der in Anlage 9 aufgeführten Heilmittel entspricht oder vergleichbar ist. ³Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilmittel, die weder in Anlage 9 zur BBhV aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem BMI.

23.1.3 Behandlungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind, wie Tui-Na, Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu, Akupressur und Ähnliches, gehören nicht zu den Heilmitteln der Anlage 9 zur BBhV.

23.1.4 ¹Bei den in Anlage 9 zur BBhV aufgeführten Beträgen handelt es sich um beihilfefähige Höchstbeträge. ²Die bei den Höchstbeträgen vorgegebene

Mindestbehandlungsdauer ist die Regelbehandlungszeit. ³Bei einer durch die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt, der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer begründete Abweichung von der Mindestbehandlungszeit ist eine anteilige Kürzung oder Erhöhung des Höchstbetrages möglich.

23.1.5 Im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder stationären Rehabilitationsmaßnahme sind die Aufwendungen nach Maßgabe der Anlagen 9 und 10 zur BBhV beihilfefähig.

23.1.6 ¹Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen (zum Beispiel Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten und Einrichtungen nach Nummer 32.2.2), sind die Aufwendungen für Heilmittel nur beihilfefähig, sofern sie durch eine in Anlage 10 zur BBhV genannte Person verabreicht werden und die in Anlage 9 zur BBhV genannten Höchstbeträge nicht überschritten sind. ²Art und Umfang der verabreichten Heilmittel sind nachzuweisen. ³Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilmittel oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig. ⁴Wird an Stelle der Einzelleistungen ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig. ⁵Platzfreihaltegebühren für teilstationäre Betreuung sind nicht beihilfefähig. ⁶Bei stationärer Betreuung gilt Nummer 32.2.3.

23.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

24 **Zu § 24 Komplextherapien und integrierte Versorgung**

24.1 **Zu Absatz 1**

24.1.1 ¹Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und gegebenenfalls nichtärztliches Personal durchgeführt werden. ²Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sichergestellt werden. ³Zu den Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitusstherapien (Pauschalabrechnung), ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen, Adipositas-schulungen, sozialmedizinische Nachsorgeleistungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX). ⁴Keine Komplextherapien sind Soziotherapien und psychiatrische Krankenpflege.

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

24.2 **Zu Absatz 2**

¹Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind nur die Aufwendungen für den nichtärztlichen (sozialpädagogischen) Teil der sozialpädiatrischen Behandlung. ²Die medizinischen Leistungen der sozialpädiatrischen Therapie sind von dem Ausschluss nicht betroffen.

24.3 **Zu Absatz 3**

¹Angemessen und beihilfefähig sind die Aufwendungen, wenn sie den zwischen den Leistungserbringern und den privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbarten Pauschalsätzen oder der Vergütung, die von den Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Verträge zu tragen sind, entsprechen. ²Maßgebend ist, auf welcher in der Rechnung vermerkten Vertragsgrundlage die Behandlung erfolgt.

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

25.1 **Zu Absatz 1**

25.1.1 ¹Die Beihilfefähigkeit von Hilfsmitteln, von Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie von Körperersatzstücken richtet sich in erster Linie danach, ob sie in Anlage 11 oder in Anlage 12 zur BBhV aufgeführt ist. ²In Anlage 11 sind die beihilfefähigen und in Anlage 12 die nicht beihilfefähigen Gegenstände enthalten. ³Zu einzelnen Positionen vermerkte Maßgaben können die Beihilfefähigkeit auf bestimmte Indikationen oder Personengruppen beschränken.

25.1.2 ¹Die Anlagen enthalten Oberbegriffe, die mehrere Ausführungen erfassen können. ²Angesichts der Vielzahl und der schnellen Entwicklung neuer Produkte ist ein vollständiges Verzeichnis aller Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke oder sogar aller Modelle und Modellvarianten weder möglich noch zweckmäßig. ³Es muss daher in jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob ein Gegenstand unter einen der Oberbegriffe der Anlage 11 oder der Anlage 12 fällt.

25.1.3 ¹Das vom Finanzministerium Rheinland-Pfalz als Online-Datenbank geführte „Hilfsmittelverzeichnis“ (HMV) kann mit seinen Erläuterungen für die Praxis nützliche Erläuterungen zur Funktionsweise und einen Anhaltspunkt für die Subsumierung unter die Oberbegriffe der Anlagen 11 und 12 geben. ²Die

Festsetzungsstellen sind an Eintragungen im H MV jedoch rechtlich nicht gebunden. ³Maßgebliche Rechtsquelle für die Beihilfefestsetzung ist nur die BBhV.

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

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

25.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

25.3 **Zu Absatz 3**

¹Der Vergleich von Miete und Anschaffung sollte auf Grundlage des ärztlich verordneten zeitlichen Rahmens der Behandlung erfolgen. ²Versorgungspauschalen für gemietete Hilfsmittel sind grundsätzlich als Teil der Miete anzusehen. ³Soweit einzelne Positionen als nicht beihilfefähig erkennbar sind, sind diese in Abzug zu bringen. ⁴Sind in der Versorgungspauschale Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung enthalten, ist der Eigenanteil entsprechend der Jahre nach Absatz 5 zu berücksichtigen.

25.4 **Zu Absatz 4**

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

25.5 **Zu Absatz 5**

25.5.1 ¹Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen sind für Personen ab 18 Jahren nicht beihilfefähig. ²Alle übrigen Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig,

soweit sie im Kalenderjahr 100 Euro übersteigen. ³Für entsprechende Aufwendungen für Körperersatzstücke ist diese Grenze nicht anzuwenden.

25.5.2 ¹Cochlea-Implantate sind keine Hilfsmittel, sondern Körperersatzstücke im Sinne der BBhV und unterliegen daher nicht den Bestimmungen des § 25 Absatz 5. ²Aufwendungen für die Energieversorgung des Cochlea-Implantat-Systems sind mithin in voller Höhe beihilfefähig.

26 **Zu § 26 Krankenhausleistungen**

26.1 **Zu Absatz 1**

26.1.1 Neben den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen sind auch die berechenbaren Zuschläge und Zusatzentgelte entsprechend dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) beihilfefähig (zum Beispiel DRG-Systemzuschlag).

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

- 26.1.3 ¹Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die auf Grund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt. ²Das Zimmer muss für die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns tatsächlich verfügbar sein. ³Im Zweifel hat die Antragstellerin oder der Antragsteller den Nachweis zu führen.
- 26.1.4 Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber der Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers nicht beihilfefähig.
- 26.1.5 ¹Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen; dies gilt sinngemäß für Krankenhäuser, die die BpflV oder das KHEntgG nicht anwenden. ²Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 Prozent dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.
- 26.1.6 ¹Die Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ darf für den Entlassungstag nicht berechnet werden (Nummer 7 der Anlage 1 zur Gemeinsamen Empfehlung gemäß § 22 Absatz 1 BpflV / § 17 Absatz 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft des Verbands der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft). ²Entsprechende Aufwendungen sind daher nicht beihilfefähig.
- 26.1.7 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 18 KHEntgG oder § 16 BpflV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 17 KHEntgG oder § 16 BpflV beihilfefähig.

26.2 **Zu Absatz 2**

- 26.2.1 ¹Für die Vergleichsberechnung sind bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG abgerechnet werden, zur Ermittlung der beihilfefähigen Aufwendungen der krankheitsbezogenen Fallpauschale unter Zugrundelegung der oberen Korridorgrenze des Bundesbasisfallwertes die von der Privatklinik in Rechnung gestellten allgemeinen Krankenhausleistungen (Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, therapeutische, pflegerische und ärztliche Leistungen) gegenüber zu stellen. ²Dabei wird immer die Fallpauschale der Hauptabteilung zugrunde gelegt, unabhängig davon, ob es sich um eine belegärztliche Behandlung handelt. ³Auch ist jeweils auf den Behandlungsfall abzustellen und von der mittleren Verweildauer gemäß Fallpauschalenkatalog auszugehen, unabhängig von der tatsächlichen Ver-

weildauer in der Privatklinik. ⁴In den Kostenvergleich sind keine Aufwendungen für wahlärztliche oder belegärztliche Leistungen oder von niedergelassenen anderen Ärzten einzubeziehen. ⁵Solche Aufwendungen sind daneben beihilfefähig, sofern die Abrechnung nach der GOÄ erfolgt. ⁶Gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer können nur bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors abzüglich 14,50 Euro täglich, berücksichtigt werden, wenn die Privatklinik eine bessere Unterbringung anbietet und diese auch in Rechnung gestellt hat.

26.2.2 Für die Vergleichsberechnung sind bei Leistungen, für die nach Anlage 3a des Fallpauschalenkatalogs krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG zu vereinbaren sind, zur Ermittlung der beihilfefähigen Aufwendungen das krankenhausesindividuelle Entgelt eines Krankenhauses, das diese Krankenhausleistung erbringen darf, zugrunde zu legen.

26.2.3 ¹Bei einer Behandlung in einer Privatklinik für psychische und psychosomatische Erkrankungen sind die Durchschnittsbeträge nach Absatz 2 Nummer 2, die auf Grundlage der Auswertung der Budgetvereinbarung 2009 der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser festgelegt wurden, für einen Kostenvergleich maßgebend. ²Bei dem Vergleich sind alle von der Privatklinik in Rechnung gestellten Entgelte für Unterkunft, Verpflegung, therapeutische, pflegerische und ärztliche Leistungen dem festgelegten täglichen Gesamtbetrag gegenüber zu stellen. ³Gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer können nur bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors abzüglich 14,50 Euro täglich, berücksichtigt werden, wenn die Privatklinik eine bessere Unterbringung anbietet und diese auch in Rechnung gestellt hat. ⁴Wahlärztliche Leistungen sind nicht in den Kostenvergleich einzubeziehen.

26.2.4 Die von Privatkliniken in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist grundsätzlich beihilfefähig und wird in die Vergleichsberechnung einbezogen.

26.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

27 **Zu § 27 Häusliche Krankenpflege**

27.1 **Zu Absatz 1**

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

- 27.1.2 ¹Bei einer häuslichen Krankenpflege sind die Aufwendungen angemessen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger. ²Dabei ist es ausreichend, wenn die Pflegedienstleister bestätigen, dass die abgerechneten Sätze ortsüblich sind und in dieser Höhe auch gegenüber der GKV abgerechnet werden. ³Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine von der Ärztin oder dem Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.
- 27.1.3 ¹Andere geeignete Orte für eine häusliche Krankenpflege sind Orte, an denen sich die oder der zu Pflegenden regelmäßig wiederkehrend aufhält und die verordnete Maßnahme aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. ²Solche Orte können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.
- 27.1.4 ¹Aufwendungen für Behandlungspflege sind auch für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in stationären Pflegeeinrichtungen beihilfefähig, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. ²Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, zum Beispiel bei erforderlicher Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht.

27.2 **Zu Absatz 2**

- 27.2.1 ¹Als Behandlungspflege gelten Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte oder Pflegekräfte delegiert werden können. ²Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen, Beatmungspflege, Blasenspülung, Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Dekubitusbehandlung.
- 27.2.2 ¹Grundpflege umfasst die Grundverrichtungen des täglichen Lebens. ²Dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (zum Beispiel Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (zum Beispiel Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
- 27.2.3 ¹Als hauswirtschaftliche Versorgung gelten Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind. ²Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Besorgung von Arzneimitteln, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Müllentsorgung, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung und das Beheizen.

27.2.4 Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind insbesondere:

- Einreiben mit Dermatika oder oro-tracheale Sekretabsaugung beim Waschen, Duschen oder Baden,
- Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Darm- oder Blasenentleerung,
- Oro-tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Aufnahme der Nahrung,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf beim Aufstehen oder Zubettgehen,
- An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens,
- Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes (zum Beispiel nach Pütter, Fischer-Tübinger).

27.2.5 Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind:

- Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
- Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
- Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

27.2.6 Für denselben Zeitraum ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen, es sei denn, die Maßnahmen ergänzen ihre jeweils spezifische Zielsetzung.

27.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

28 **Zu § 28 Familien- und Haushaltshilfe**

28.1 **Zu Absatz 1**

28.1.1 ¹Als angemessen gelten grundsätzlich 8 Euro pro Stunde und höchstens 64 Euro am Tag. ²Notwendige Fahrtauslagen sind in Höhe der Reisekostenvergütung nach den §§ 3, 4 und 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) beihilfefähig.

28.1.2 Die Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 1 der außerhäuslichen Unterbringung ist auch dann als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.

28.1.3 ¹Die Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 1 der außerhäuslichen Unterbringung ist nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Be-

gleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. ²Abweichend hiervon sind Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die den Haushalt führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung der Amtsärztin, des Arztes oder der von der Festsetzungsstelle beauftragten Ärztin oder des beauftragten Arztes wegen des Alters und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

28.1.4 ¹Die Voraussetzungen des Satzes 1 Nummer 3 sind auch dann nicht erfüllt, wenn eine Person, die unter Satz 1 Nummer 2 fällt, den Haushalt weiterführen kann. ²Führt beispielsweise eine in Pflegestufe I eingestufte beihilfeberechtigte Person nach einer Heimunterbringung der haushaltführenden Person den Haushalt selbst über Jahre hinweg fort, handelt es sich nicht um einen Fall des Satzes 1 Nummer 3 und ein Anspruch scheidet aus.

28.2 **Zu Absatz 2**

¹Für die ersten 28 Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung ist eine Familien- und Haushaltshilfe nur dann notwendig, wenn die oder der Erkrankte nach einer stationären oder ambulanten Operation die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht – auch nicht teilweise – wieder übernehmen kann. ²Entsprechendes gilt für alleinstehende beihilfeberechtigte Personen.

28.3 **Zu Absatz 3** (unbesetzt)

29 **Zu § 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland**

29.1 **Zu Absatz 1**

Für beihilfeberechtigte Personen nach § 3 bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Entgeltsätzen.

29.2 **Zu Absatz 2** (unbesetzt)

29.3 **Zu Absatz 3** (unbesetzt)

30 Zu § 30 Soziotherapie

30.0 Allgemeine Hinweise zur Zielrichtung und Ausgestaltung der Soziotherapie

¹Die Regelung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie orientiert sich an § 37a SGB V. ²Nach § 37a Absatz 2 SGB V bestimmen sich Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie nach den auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlichten Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung („Soziotherapie-Richtlinien“). ³Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. ⁴Soziotherapie soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. ⁵Sie soll der Patientin oder dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; die Patientin oder der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. ⁶Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. ⁷Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen. ⁸Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten statt und umfasst die Koordination der im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen. ⁹Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der den Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang zu ihrer Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.

30.1 Beihilfefähigkeit der Soziotherapie

30.1.1 Soziotherapie ist grundsätzlich beihilfefähig, wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

30.1.2 Die Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig bei Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung nach Nummer 30.2 mit Fähigkeitsstörungen aus allen in Nummer 30.3 aufgeführten Bereichen (wobei innerhalb der einzelnen Bereiche jeweils eine Störung ausreicht) und einem Schweregrad, der den Wert 40 auf der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) nicht überschreitet.

30.2 Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nrn. F 20.0 – 20.6 (Schizophrenie), 21 (schizotype Störung), 22 (anhaltende wahnhaftige Störung), 24 (induzierte wahnhaftige Störung) und 25 (schizoaffektive Störung)) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nrn. F 31.5 (gegenwärtig schwere depressive

Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung), 32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) und 33.3 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung)).

30.3 Die Erkrankungen, die der Soziotherapie bedürfen, sind gekennzeichnet durch folgende Fähigkeitsstörungen:

30.3.1 Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges.

30.3.2 Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit.

30.3.3 Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens.

30.3.4 Mangelnde Compliance (Therapietreue) im Sinne eines krankheitsbedingt unzureichenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

30.4 ¹Die Beihilfefähigkeit der Soziotherapie setzt voraus, dass die Patientin oder der Patient die Therapieziele erreichen kann. ²Deshalb soll die Patientin oder der Patient über die hierzu notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten. ³Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn bei der Patientin oder dem Patienten keine langfristige Verminderung der in Nummer 30.3 genannten Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

30.5 ¹Wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung der Soziotherapie vorliegen, sind die im Folgenden aufgeführten Leistungen beihilfefähig, die die Patientin oder den Patienten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen befähigen sollen:

- Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans,
- Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen,
- Arbeit im sozialen Umfeld,
- soziotherapeutische Dokumentation.

²Darüber hinaus können die Aufwendungen für folgende Maßnahmen als beihilfefähig anerkannt werden:

- Motivations-/antriebsrelevantes Training,
- Training zur handlungsrelevanten Willensbildung,
- Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung,
- Hilfe in Krisensituationen.

- 30.6 Anerkennung und Umfang der Beihilfefähigkeit
- 30.6.1 Soziotherapie dürfen Ärztinnen oder Ärzte verordnen, die die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde führen dürfen.
- 30.6.2 ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Soziotherapie ist die Motivierung der Patientin oder des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. ²Zur Erreichung dieses Zieles stehen den soziotherapeutischen Leistungserbringern maximal drei Therapieeinheiten zur Verfügung. ³Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie kommt.
- 30.6.3 Lässt es sich nicht erreichen, dass die Patientin oder der Patient die Überweisung zu einer Ärztin oder einem Arzt wahrnimmt, oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie durch eine genannte Ärztin oder einen genannten Arzt, sind die maximal drei von einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten erbrachten Therapieeinheiten dennoch beihilfefähig.
- 30.6.4 ¹Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. ²Es können insgesamt höchstens bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von höchstens drei Jahren als beihilfefähig anerkannt werden. ³Unter einem Krankheitsfall ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in den Nummern 30.1.2 bis 30.4 aufgeführten Indikationen von bis zu drei Jahren zu verstehen.
- 30.6.5 Als beihilfefähig anerkannt werden können je Verordnung bis maximal 30 Therapieeinheiten, höchstens jedoch so viele Therapieeinheiten, wie zur Erreichung des Therapiezieles oder bis zur Feststellung, dass dieses nicht erreichbar sein wird, erforderlich scheinen.
- 30.6.6 ¹Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. ²Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. ³Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.
- 30.6.7 ¹Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. ²Soziotherapie kann in Absprache zwischen Ärztin oder Arzt und Therapeutin oder Therapeut in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. ³Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu zwölf Teilnehmerinnen oder Teilnehmer umfassen. ⁴Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten. ⁵Dadurch darf jedoch das maximale Gesamtkontingent für Soziotherapie von 120 Zeitstunden nicht überschritten werden.

- 30.6.8 ¹Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie erlischt, wenn sich im Laufe der Behandlung herausstellt, dass die Patientin oder der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann und die Behandlung aus diesem Grunde beendet wird. ²Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele.
- 30.6.9 Wird während der Soziotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die die Weiterführung der Soziotherapie nach dem Betreuungsplan nicht möglich macht, umfasst die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Soziotherapie auch den Kontakt der Therapeutin oder des Therapeuten der Soziotherapie mit der Patientin oder dem Patienten, um eine möglichst frühzeitige Entlassung zu erreichen und in Absprache mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt die Wiederaufnahme und Weiterführung der Soziotherapie sicherzustellen.
- 30.6.10 Die Leistungserbringung und die Höhe der Vergütung richten sich nach den geschlossenen Verträgen des § 132b SGB V.

30a **Zu § 30a Neuropsychologische Therapie**

30a.1 **Zu Absatz 1**

Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie geistiger (kognitiver) und seelischer (emotional-affektiver) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (zum Beispiel Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit des oder der Hirngeschädigten oder Hirnerkrankten).

30a.2 **Zu Absatz 2** (unbesetzt)

30a.3 **Zu Absatz 3**

¹Eine Nummer für die Abrechnung der ambulanten neuropsychologischen Therapie ist im Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht enthalten. ²Die Therapie kann daher nur in analoger Anwendung abgerechnet werden. ³Hierfür kommen insbesondere die Nummern des Gebührenverzeichnisses der GOÄ 849, 860, 870, 871 in Betracht. ⁴Aufwendungen für eine Behandlungseinheit als Einzelbehandlung sind beihilfefähig bis zur Höhe des Betrages entsprechend der Nummer 870 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

31 **Zu § 31 Fahrtkosten**

31.1 **Zu Absatz 1**

¹Rettungsfahrten umfassen Aufwendungen für Rettungswagen, Notarztwagen und Rettungshubschrauber. ²Da in der Regel vor der Beauftragung einer Rettungsfahrt keine ärztliche Entscheidung herbeigeführt werden kann, ist die Beihilfefähigkeit von Rettungsfahrten immer gegeben. ³Auf Art und Umfang der im Krankenhaus eingeleiteten Maßnahmen kommt es dabei nicht an.

31.2 **Zu Absatz 2**

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

31.2.2 Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.

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

- beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (blind) oder "H" (hilflos) vorlegen oder die Pflegestufe II oder III nachweisen,
- eine Beeinträchtigung der Mobilität nach Buchstabe a vorübergehend vorliegt oder
- Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.

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

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

31.2.6 Aufwendungen für Taxi-Wartekosten für medizinisch notwendige Fahrten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, es sei denn, dass das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt.

31.3 **Zu Absatz 3**

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

31.4 **Zu Absatz 4**

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

31.5 **Zu Absatz 5**

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

der die nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Beförderungskosten rechtfertigt.

31.5.2 Die Fahrten einschließlich der Rückfahrt zwischen Gastland und Behandlungsort gelten als eine Fahrt.

32 **Zu § 32 Unterkunftskosten**

32.1 **Zu Absatz 1**

Eine auswärtige Behandlung ist nur dann notwendig, wenn die Behandlung nicht oder nicht mit gleicher Erfolgsaussicht am Wohnort erfolgen kann.

32.2 **Zu Absatz 2**

32.2.1 Absatz 2 setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung voraus.

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

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

32.3 **Zu Absatz 3**

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

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

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

¹Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn kann es in besonderen Einzelfällen erfordern, eine Beihilfe zu den Kosten einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode nach den jeweiligen Bemessungssätzen zu erstatten (BVerfG, Urteil vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98 –).

²Diese Verpflichtung besteht konkret dann, wenn

- sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer bestimmten Krankheit noch nicht herausgebildet hat,
- ein allgemein anerkanntes Heilverfahren (zum Beispiel wegen einer Kontraindikation) nicht angewendet werden darf oder
- ein solches bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist.

³Darüber hinaus muss in diesen Fällen die nicht ganz entfernte Möglichkeit bestehen, dass die nicht wissenschaftlich anerkannte Methode zu einer erkennbaren Linderung der Krankheitsfolgen führt. ⁴Es ist somit nicht erforderlich, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit der Heilung, der Verlängerung der Lebensdauer oder der Verbesserung der Lebensqualität besteht. ⁵Eine reale Chance reicht aus. ⁶Die Festsetzungsstelle entscheidet über das Vorliegen der Voraussetzungen. ⁷Sie kann dazu auf ihre Kosten eine ärztliche Stellungnahme einholen.

34 Zu § 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

34.1 Zu Absatz 1

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

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

34.2 Zu Absatz 2

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

34.2.2 ¹Aufwendungen für die ambulante Nachsorge sind grundsätzlich angemessen, wenn sie nach einer Bestätigung der Einrichtung in gleicher Höhe auch von der GKV getragen werden. ²Absatz 2 lässt jedoch Raum für Ermessensleistungen in besonders gelagerten Ausnahmefällen.

34.3 **Zu Absatz 3**

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

34.3.2 ¹Die vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle bei Suchtbehandlungen dient dem Schutz der beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähiger Personen und der Rechtssicherheit, indem sie der Festsetzungsstelle ermöglicht, vor Entstehung der regelmäßig hohen Aufwendungen auf etwaige Bedenken gegen deren Notwendigkeit und Angemessenheit (§ 6) hinzuweisen. ²Sofern in begründeten Ausnahmefällen, zum Beispiel wegen Eilbedürftigkeit einer Maßnahme, eine vorherige Zustimmung der Festsetzungsstelle nicht eingeholt werden kann, kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

34.3.3 ¹Die Einrichtungen, in denen die Maßnahmen durchgeführt werden, müssen für die Durchführung der Maßnahme geeignet sein. ²Einrichtungen können ohne weitere Prüfung als geeignet angesehen werden, wenn sie die Voraussetzungen für die Anerkennung der Maßnahme durch Träger der Sozialversicherung (zum Beispiel Träger der Kranken-, der Renten- oder gegebenenfalls auch der Unfallversicherung) bieten.

34.4 **Zu Absatz 4**

¹Durch diese Norm wird festgelegt, dass für Anschlussheil- und Suchtbehandlungen § 26 (Krankenhausleistungen), § 31 Absatz 2 und § 35 Absatz 2 Nummer 1 (Fahrtkosten) entsprechend gelten. ²Damit wird zum Beispiel klargestellt, dass für stationäre Anschlussheil- und Suchtbehandlungen sowohl Wahlleistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 3 als auch die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson (§ 26 Absatz 1 Nummer 4) beihilfefähig sind. ³Vergleichsberechnungen sind nicht erforderlich.

35 **Zu § 35 Rehabilitationsmaßnahmen**

35.1 **Zu Absatz 1**

35.1.1 **Zu Absatz 1 Nummer 1**

35.1.1.1 Eine Einrichtung ist grundsätzlich als geeignet zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen anzusehen, wenn sie zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen für Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung zugelassen ist.

35.1.1.2 Ein Kostenvergleich ist nicht erforderlich.

35.1.1.3 ¹Bei der Durchführung stationärer Rehabilitationsmaßnahmen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen. ²Von diesem Grundsatz kann abgewichen werden, wenn im Einzelfall aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend erforderlich ist, zum Beispiel weil

- wegen schwerwiegender psychologischer Gründe eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der stationären Maßnahme gefährden würde,
- Betroffene wegen einer schweren Behinderung, zum Beispiel Blindheit, ständiger Hilfe bedürfen, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, oder
- während der stationären Maßnahme eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.

³Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss vor der beihilferechtlichen Anerkennung der stationären Rehabilitationsmaßnahme bestätigen, dass die Anwesenheit einer Begleitperson für den Erfolg der Behandlung zwingend erforderlich ist.

35.1.2 **Zu Absatz 1 Nummer 2**

35.1.2.1 ¹Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme sind, dass Mutter oder Vater erkrankt ist und die Maßnahme in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder einer anderen nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannten Einrichtung durchgeführt werden. ²Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zwischen der Einrichtung und der Krankenkasse besteht.

35.1.2.2 ¹Für Kinder, die bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in die Einrichtung mit aufgenommen werden, gleichwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind deren Aufwendungen in voller

Höhe der Mutter oder dem Vater zuzurechnen. ²Aufwendungen der Kinder werden diesen nur zugerechnet, wenn sie neben Mutter oder Vater selbst auch behandlungsbedürftig sind. ³Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme. ⁴In diesem Falle handelt es sich um eine stationäre Rehabilitation des Kindes.

35.1.2.3 ¹Eine gesetzliche Regelung bezüglich der Altersgrenze für Kinder gibt es nicht. ²Es ist immer eine Prüfung im Einzelfall angezeigt. ³Nach der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes besteht in der Regel die Möglichkeit zur Mitaufnahme für Kinder bis zwölf Jahre, in besonderen Fällen bis 14 Jahre. ⁴Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.

35.1.3 Zu Absatz 1 Nummer 3

¹Ziel der familienorientierten Rehabilitation nach Nummer 3 ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. ²Deshalb ist bei ärztlich verordneter familienorientierter Rehabilitation nach Nummer 3 kein gutachterliches Voranerkennungsverfahren erforderlich.

35.1.4 Zu Absatz 1 Nummer 4

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

35.1.4.2 ¹Die anerkannten Kurorte sind in den Anhängen 3 und 4 aufgeführt. ²Soweit beihilfeberechtigte Personen die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem nicht-deutschen Kurort innerhalb der Europäischen Union beantragen, der im Verzeichnis der anerkannten Kurorte nicht enthalten ist, trifft die oberste Dienstbehörde die Entscheidung über die Anerkennung des Ortes als Kurort. ³Die beihilfeberechtigte Person hat Unterlagen, die zur Entscheidung erheblich sind, vorzulegen. ⁴Die Anerkennung des Ortes als Kurort ist dem BMI über die oberste Dienstbehörde mitzuteilen.

35.1.5 Zu Absatz 1 Nummer 5

35.1.5.1 ¹Im Gegensatz zur ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort wird die ambulante Rehabilitationsmaßnahme am Wohnort oder in einer wohnortnahen Einrichtung durchgeführt und unterliegt nicht dem Voranerkennungsverfahren nach § 36. ²Ein Gutachten ist ebenfalls nicht erforderlich. ³Eine ärztliche Verordnung ist für die ambulante Rehabilitationsmaßnahme ausreichend. ⁴Übernachungskosten fallen bei dieser

Form der Rehabilitation nicht an. ⁵Gesondert in Rechnung gestellte Verpflegungskosten sind nicht beihilfefähig.

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

35.1.5.3 ¹Die ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahme umfasst auch die mobile Rehabilitation. ²Die mobile Rehabilitation ist eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation. ³Bei der mobilen Rehabilitation werden die beihilfeberechtigten oder ihre berücksichtigungsfähigen Personen zu Hause behandelt. ⁴Anfallende Fahrtkosten der mobilen Rehabilitation sind in Höhe der Nummer 64 der Anlage 9 zur BBhV beihilfefähig.

35.1.6 Zu Absatz 1 Nummer 6

35.1.6.1 ¹Beihilfefähig im Sinne dieser Vorschrift ist ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining entsprechend der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011. ²Die Rahmenvereinbarung ist auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) veröffentlicht (<http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003742385>). ³Folgeverordnungen sind nach ärztlicher Bescheinigung anzuerkennen.

35.1.6.2 Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören nicht die Aufwendungen für den Besuch eines Fitnessstudios oder allgemeine Fitnessübungen.

35.2 Zu Absatz 2

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

35.2.2 ¹Aus den Vorschriften über die Beihilfefähigkeit von Fahrtkosten ergibt sich, dass es den beihilfeberechtigten oder ihren berücksichtigungsfähigen Personen überlassen bleibt, welche Beförderungsmittel sie nutzen. ²Der Höchstbetrag von 200 Euro gilt für die Fahrtkosten der Gesamtmaßnahme (An- und Abreise einschließlich Fahrtkosten einer notwendigen Begleitperson) und unabhängig vom benutzten Verkehrsmittel. ³Mit der Bezugnahme auf das BRKG bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs wird lediglich die Höhe des beihilfefähigen Betrages je gefahrenen Kilometer entsprechend § 5 Absatz 1 BRKG (zzt. 20 Cent je km) geregelt. ⁴Die darüber hinaus in § 5 Absatz 1 BRKG genannten Höchstbeträge von 130 Euro oder 150 Euro finden hier keine Anwendung.

- 35.2.3 ¹Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine stationäre Rehabilitation bis zu 21 Tagen beihilfefähig. ²Ergibt sich im Verlauf der stationären Rehabilitation, dass über den von der Festsetzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der stationären Rehabilitation durch die Festsetzungsstelle auch auf Grund eines fachärztlichen Gutachtens der in der Einrichtung behandelnden Ärztin oder des in der Einrichtung behandelnden Arztes erfolgen. ³Satz 1 gilt nicht für die stationäre Rehabilitation bei Kindern.
- 35.2.4 Führen beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen zur selben Zeit und in derselben Einrichtung eine stationäre Rehabilitation durch, zählt dies bei Benutzung privater Personenkraftwagen als eine Fahrt.
- 35.2.5 Bei der Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme handelt es sich um „eine“ Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrtkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, wenn für das Kind gesonderte Fahrtkosten entstehen.
- 35.2.6 ¹Nach Satz 2 Nummer 4 sind die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts beihilfefähig. ²Der Schlussbericht soll bestätigen, dass die Rehabilitationsmaßnahme ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. ³Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.
- 35.2.7 ¹Satz 2 Nummer 5 Buchstabe a dient der Klarstellung, dass lediglich die für die Behandlung erforderliche Unterbringung und Verpflegung beihilfefähig sind. ²Beinhaltet der Tagessatz darüber hinaus Mehrkosten, die auf Wunsch der behandelten Person erbracht werden, sind diese nicht beihilfefähig.

36 **Zu § 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen**

36.1 **Zu Absatz 1**

- 36.1.1 ¹Die Beihilfefähigkeit einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort oder einer stationären Rehabilitation in den genannten Fällen ist grundsätzlich vor Antritt anzuerkennen. ²Die Festsetzungsstelle entscheidet, ob ein begründeter Einzelfall im Sinne von Absatz 1 Satz 4 vorliegt, der die nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Maßnahme rechtfertigt.
- 36.1.2 Die Aufwendungen des für das Anerkennungsverfahren einzuholenden Gutachtens trägt die Festsetzungsstelle.

- 36.1.3 Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach den Abschnitten 1 und 2 unter den dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.
- 36.1.4 Ein Gutachten für die Anerkennung einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Nummer 1 ist nicht einzuholen, wenn mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist.
- 36.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)
- 36.3 **Zu Absatz 3**
- 36.3.1 ¹Die Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für beihilfeberechtigte Personen, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind und deren stationäre Rehabilitation nicht in der Europäischen Union durchgeführt werden kann, sind auch in einer Einrichtung außerhalb der Europäischen Union beihilfefähig. ²Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Einrichtung nach der Erklärung einer von der Festsetzungsstelle beauftragten Ärztin oder eines von der Festsetzungsstelle beauftragten Arztes für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme geeignet ist. ³Die Entscheidung über die Eignung trifft die Festsetzungsstelle. ⁴Das gilt auch für die berücksichtigungsfähigen Personen der beihilfeberechtigten Personen nach Satz 1.
- 36.3.2 ¹Nummer 36.1.1 gilt auch für Rehabilitationsmaßnahmen der beihilfeberechtigten Personen, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind, und deren berücksichtigungsfähigen Personen. ²Das Erfordernis, dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen, ermöglicht oder erleichtert die Beurteilung der Eignung der Einrichtung zur Erreichung des Rehabilitationsziels. ³Werden die Unterlagen – gegebenenfalls auf Nachfrage – nicht vorgelegt, ermittelt die Festsetzungsstelle. ⁴Nachteile, die sich aus der mangelnden Mitwirkung ergeben (zum Beispiel durch die Verzögerung des Anerkennungsverfahrens), gehen zu Lasten der beihilfeberechtigten Personen.
- 36.3.3 ¹Aufwendungen für Reisekosten vom ausländischen Dienstort zum Ort der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme in der Europäischen Union und zurück sind nur dann beihilfefähig, wenn die Reise zur Rehabilitationsmaßnahme und zurück nicht mit einer amtlich bezahlten Reise verbunden werden konnte. ²Amtlich bezahlte Reisen in diesem Zusammenhang sind

zum Beispiel Reisen anlässlich eines Heimaturlaubs oder Dienstreisen. ³Die Regelung konkretisiert für diese Fallgestaltung den Grundsatz aus § 6 Absatz 1 Satz 1, dass nur notwendige Aufwendungen beihilfefähig sind. ⁴Wird die Rehabilitationsmaßnahme in der Europäischen Union im Rahmen einer amtlich bezahlten Reise ins Inland durchgeführt, sind die beihilfefähigen Reisekosten zwischen dem Aufenthaltsort während des Heimaturlaubs oder der Dienstreise und dem Ort der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 2 auf 200 Euro begrenzt.

36.3.4 ¹Die Begrenzung der beihilfefähigen Reisekosten nach § 35 Absatz 2 auf 200 Euro ist nicht anzuwenden bei beihilfeberechtigten Personen nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Personen. ²Für diesen Personenkreis ist der besondere Bemessungssatz nach § 47 Absatz 5 zu beachten (Erhöhung des Bemessungssatzes auf 100 Prozent der 200 Euro übersteigenden Aufwendungen für Fahrtkosten zu Rehabilitationsmaßnahmen).

37 Zu § 37 Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen

37.1 Zu Absatz 1

¹Aufwendungen für eine Pflegeberatung werden vom Träger der Pflegeberatung gegenüber der Festsetzungsstelle in Rechnung gestellt und sind direkt an diesen zu zahlen, wenn die Pflegeberatung für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person erfolgte und die Voraussetzungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 erfüllt sind. ²Über die zur Rechnungsstellung berechtigten Träger der Pflegeberatung sowie die Höhe der Beratungsgebühr wird das BMI gesondert durch Rundschreiben informieren. ³Bis dahin besteht für die Festsetzungsstellen keine Veranlassung zur Zahlung.

37.2 Zu Absatz 2

37.2.1 Pflegebedürftig im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) 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.

37.2.2 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.

- 37.2.3 ¹Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. ²Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind im Bereich
- der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- 37.2.4 Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- 37.2.5 Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen nach § 15 Absatz 1 Satz 1 SGB XI:
- Pflegestufe I: Erheblich Pflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- 37.2.6 ¹Die Voraussetzungen des § 45a SGB XI sind erfüllt, wenn für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. ²Dies sind
- Pflegebedürftige mit einer Pflegestufe sowie

- Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt worden sind, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

- 37.2.7 ¹Dem Antrag auf Beihilfe sind Nachweise über die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 Absatz 1 Satz 1 SGB XI sowie ggf. über das Vorliegen eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs nach § 45a SGB XI beizufügen. ²Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat die Versicherung die Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe sowie ggf. das Vorliegen eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs feststellen zu lassen (gesetzliche Verpflichtung). ³Diese Feststellungen sind auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser von der Antragstellerin oder dem Antragsteller zugänglich zu machen (zum Beispiel Abschrift des Gutachtens, ggf. schriftliche Leistungszusage der Versicherung). ⁴Ohne einen derartigen Nachweis ist eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vgl. § 22 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG)). ⁵Entsprechendes gilt für das Vorliegen eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes bei Schwerstpflegebedürftigen.
- 37.2.8 ¹Besteht keine Pflegeversicherung, hat die Festsetzungsstelle ein Gutachten einzuholen, aus dem die Pflegebedürftigkeit, die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 Absatz 1 Satz 1 SGB XI sowie das Vorliegen eines ggf. erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs nach § 45a SGB XI hervorgehen. ²Die Beihilfe zu den pflegebedingten Aufwendungen wird entsprechend dem Bemessungssatz für die pflegebedürftige Person nach § 46 gewährt.
- 37.2.9 Erhebt die beihilfeberechtigte Person 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 unter Berücksichtigung der rechtskräftigen Feststellung der Pflegeversicherung über den Widerspruch zu entscheiden.
- 37.2.10 ¹Die Beschäftigung und Betreuung zum Beispiel in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 37. ²Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für Behinderte sind deshalb nicht beihilfefähig. ³Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Förderschulunterricht entstehen (zum Beispiel Fahrkosten).

38 **Zu § 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege**

Zur Prüfung der Ansprüche auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung wird auf die aktuelle Fassung des Gemeinsamen Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes zu den leistungrechtlichen Vorschriften auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes hingewiesen:

http://www.gkv-spitzenverband.de/Rahmenvereinbarungen_Pflege.gkvnet

38.1 **Zu Absatz 1**

38.1.1 Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind entsprechend den Pflegestufen die Aufwendungen je Kalendermonat beihilfefähig:

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 450 Euro,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 100 Euro,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 550 Euro.

38.1.2 Als Pflegeeinsatz gilt die Tätigkeit, die die geeignete Pflegekraft bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung jeweils zusammenhängend erbringt.

38.1.3 ¹Innerhalb dieser Höchstsätze sind ebenfalls Aufwendungen für Leistungen der häuslichen Betreuung als pflegerische Betreuungsmaßnahme neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung beihilfefähig. ²Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Leistungen der häuslichen Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. ³Zu den Erhöhungsbeträgen im Falle der Personen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 hinsichtlich der beihilfefähigen Höchstsätze wird auf Nummer 38.8.2 verwiesen.

38.1.4 Pflegekräfte, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat (Absatz 1 Satz 1), sind Personen, die

- bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegediensten) angestellt sind und unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen, betreuen und hauswirtschaftlich versorgen (§§ 71 Absatz 1, 72 und 124 SGB XI) oder
- bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Absatz 2 SGB XI) oder
- mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag (nach § 77 Absatz 1 SGB XI) geschlossen haben.

38.1.5 Soweit die Pflegekassen in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 918 Euro monatlich gewähren, weil ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss (§ 36 Absatz 4 Satz 1 SGB XI), sind auch diese weiteren Pflegeeinsätze beihilfefähig.

38.1.6 ¹Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege nach § 27 sind gesondert beihilfefähig. ²Zur Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege kann der Maßstab der privaten oder sozialen Pflegeversicherung herangezogen werden.

38.2 **Zu Absatz 2**

38.2.1 Andere als in Absatz 1 genannte Pflegekräfte sind Pflegepersonen, die nicht in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, also Pflegekräfte, die nicht unter Nummer 38.1.4 fallen.

38.2.2 Die Höhe der Pauschalbeihilfe entspricht der Höhe des Pflegegelds nach § 37 Absatz 1 Satz 3 SGB XI und beträgt je Kalendermonat

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 235 Euro,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 440 Euro,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 700 Euro.

38.2.3 Zu den Erhöhungsbeträgen im Falle der Personen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 hinsichtlich der Pauschalbeihilfen wird auf Nummer 38.8.3 verwiesen.

38.2.4 ¹Während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wird die Pauschalbeihilfe bis zu jeweils vier Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt, wenn vor Antritt der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. ²Für den ersten und letzten Tag der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wird die volle Pauschalbeihilfe anteilig gewährt. ³Ab dem 2. Tag bis zum Tag vor der Entlassung wird die Hälfte der zuvor geleisteten Pauschalbeihilfe gewährt. ⁴Dies gilt auch bei Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen nach Absatz 3.

38.2.5 ¹Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 26, der stationären Rehabilitation nach § 35 oder der stationären Pflege nach § 39 für Pflegebedürftige geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. ²Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. ³Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären

ren Krankenhausbehandlung (§ 26), einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 27) oder stationären Rehabilitation (§ 35). ⁴Bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) Anwendung findet, wird die Pauschalbeihilfe oder anteilige Pauschalbeihilfe auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gewährt.

- 38.2.6 ¹Entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von Satz 3 sind zum Beispiel solche nach § 35 Absatz 1 BVG und § 34 BeamtenVG, nicht hingegen Leistungen nach § 64 SGB XII (Pflegegeld durch einen Träger der Sozialhilfe). ²Sozialleistungen nach dem SGB XII sind nachrangig gegenüber sonstigen zustehenden Leistungen (§ 2 Absatz 1 SGB XII). ³Die Gewährung der Beihilfe darf nicht mit Hinweis auf Leistungen nach dem SGB XII versagt werden (§ 2 Absatz 2 Satz 2 SGB XII). ⁴Gegenüber der Pauschalbeihilfe sind Entschädigungsleistungen nach § 35 BVG vorrangig und Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c BVG nachrangig.
- 38.2.7 ¹Für Pflegepersonen nach Nummer 38.2.1 sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 in Verbindung mit § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. ²Die Beiträge sind nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen. ³Einzelheiten der Zahlungsabwicklung ergeben sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Pflege- und Rentenversicherung zur Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht für rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vom 9. Januar 2013, das auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung (www.deutsche-rentenversicherung.de) veröffentlicht ist. ⁴Das BMI wird jährlich durch Rundschreiben die prozentuale Verteilung der Beiträge, die Bezugsgröße, die gültigen Beiträge zur Rentenversicherung und den zugrunde zu legenden Prozentsatz für die Additionspflege bekanntgeben. ⁵Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. ⁶Die Festsetzungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht. ⁷Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt die private oder die soziale Pflegeversicherung, nicht jedoch die Festsetzungsstelle.
- 38.2.8 ¹Nach § 44a SGB XI haben Beschäftigte, die nach § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) wird, auf Antrag Anspruch gegenüber

der jeweiligen Festsetzungsstelle auf zusätzliche Leistungen, wenn sie nahe Angehörige pflegen, die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind. ²Auf Beamtinnen und Beamte als Pflegepersonen ist das PflegeZG nicht anzuwenden. ³Für sie gilt § 92 Absatz 5 BBG.

38.2.9 ¹Zusätzliche Leistungen nach Nummer 38.2.8 sind die Entrichtung des Beitrages zur Arbeitslosenversicherung und die Gewährung eines Zuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Pflegeperson. ²Soweit Pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind, werden die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und der Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag von der Pflegeversicherung bzw. den Pflegekassen und den Festsetzungsstellen anteilig gezahlt.

38.2.9.1 ¹Zur Ermittlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden den Festsetzungsstellen von den Pflegekassen bzw. den privaten Pflegeversicherungsunternehmen spätestens am Ende der Pflegezeit folgende Informationen übermittelt (vgl. Abschnitt V Nummer 2 und Anlage 4 des in Nummer 38.2.7 Satz 3 genannten Rundschreibens):

- Familien- und Vorname, Geburtsdatum und Anschrift der oder des Pflegebedürftigen,
- Familien- und Vorname, 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 zu der beihilfeberechtigten Person, falls die pflegebedürftige Person keinen eigenen Beihilfeanspruch hat.

²Eine Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge durch die Festsetzungsstelle ergibt sich erst nach Erhalt dieser Mitteilung.

38.2.9.2 ¹Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung erfolgt als Gesamtbeitrag für das Kalenderjahr (Beitragsjahr), in dem eine Person Pflegezeit in Anspruch genommen hat (§ 349 Absatz 5 Satz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch [SGB III]). ²Die Beiträge sind auf Grund der Mitteilungen (Nummer 2.1) unabhängig von der Stellung eines Beihilfeantrages im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt. ³Dabei sind eventuelle Überzahlungen oder Minderzahlungen aus vorherigen Beitragsjahren auszugleichen. ⁴Geht für das abzurechnende Beitragsjahr die Mitteilung bei der Festsetzungsstelle bis zum 28. 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. ⁵Geht die Mitteilung dagegen nach dem 28. bzw. 29. Februar ein, können die Beiträge mit dem Gesamtbeitrag des Folgejahres gezahlt werden.

Beispiel:

Eingang der Mitteilung: 15. Februar 2014

Beitragspflicht vom 1. August 2013 bis 31. Januar 2014

Die Beiträge für die Zeit vom 1. August bis 31. Dezember 2013 sind in die spätestens am 31. März 2014 fällige Beitragszahlung einzubeziehen; der Beitrag für Januar 2014 ist bei der bis Ende März 2015 fälligen Beitragszahlung zu berücksichtigen.

- 38.2.9.3 ¹Nach § 345 Nummer 8 SGB III betragen die beitragspflichtigen „Einnahmen“ bei Personen in der Pflegezeit 10 Prozent der monatlichen Bezugsgröße in der Sozialversicherung (§ 18 Absatz 1 SGB IV). ²Wird die Pflege Tätigkeit im Beitrittsgebiet ausgeübt, ist die dort geltende Bezugsgröße (Bezugsgröße [Ost], § 18 Absatz 2 SGB IV) maßgebend. ³Der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt der Pflegeperson ist in diesem Zusammenhang unbeachtlich. ⁴Die Beiträge werden nach einem Prozentsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben (§ 341 Absatz 1 SGB III). ⁵Maßgebend ist der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung, der in dem Zeitraum gilt, für den die Freistellung von der Arbeitsleistung nach dem PflegeZG erfolgt.

Beispiel

Bezugsgröße (West) 2013	2 695,00 Euro
Beitragspflichtige Einnahmen	269,50 Euro
Beitragssatz Arbeitslosenversicherung 2013	3,0 %
Daraus errechnet sich für das Jahr 2013 ein monatlicher beihilfefähiger Gesamtbeitrag in Höhe von	8,09 Euro

- 38.2.9.4 ¹Der Gesamtbeitrag ist auf das Konto der Bundesagentur für Arbeit zu überweisen. ²Eine Trennung nach den Rechtskreisen „Ost“ und „West“ ist nicht erforderlich. ³Die in den Überweisungsauftrag zu übernehmenden Angaben ergeben sich aus Abschnitt III Nummer 4.1 des gemeinsamen Rundschreibens. ⁴Die „Betriebsnummer“ der zahlenden Stelle ist auch für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen erforderlich. ⁵Sofern die Betriebsnummer nicht bereits vorhanden ist, muss sie bei der örtlichen Agentur für Arbeit, in deren Bezirk die Festsetzungsstelle liegt, beantragt werden. ⁶Nähere Informationen sind auf der Internetseite der Bundesagentur für Arbeit (www.arbeitsagentur.de) einzusehen.

- 38.2.9.5 Der Zuschuss zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen wird gewährt für eine freiwillige Versicherung in der GKV, eine Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder nach § 2 Absatz 1 Nummer 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 Zusam-

menhang stehende Pflege-Pflichtversicherung, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist.

- 38.2.9.6 ¹Der höchstmögliche Zuschuss für die Krankenversicherung errechnet sich aus der Multiplikation des bundeseinheitlichen Beitragssatzes mit dem 90sten Teil der monatlichen Bezugsgröße. ²Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung errechnet sich aus der Multiplikation des bundeseinheitlichen Beitragssatzes, gegebenenfalls zuzüglich des Zuschlags für Kinderlose von 0,25 Prozent (nur bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung), mit dem 90sten Teil der monatlichen Bezugsgröße. ³Der Zuschuss darf nicht höher sein als der gezahlte Beitrag. ⁴Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind durch entsprechende Bescheinigungen der Kranken- bzw. Pflegekassen und der Unternehmen der PKV nachzuweisen.

Beispiel

Bundeseinheitlicher Beitragssatz KV 2013:	15,5 %
Beitragssatz PV 2013:	2,05 %
(zzgl. 0,25 % Zuschlag für Kinderlose)	
monatliche Bezugsgröße 2013:	2 695,00 Euro
höchst möglicher beihilfefähiger Zuschuss KV:	139,24 Euro
höchst möglicher beihilfefähiger Zuschuss PV:	18,42 Euro
	(20,66 Euro)

- 38.2.9.7 ¹Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. ²Für den Antrag ist das Formblatt nach Anhang 5 zu verwenden. ³Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind unverzüglich der für die pflegebedürftige Person zuständigen Festsetzungsstelle mitzuteilen.

- 38.2.9.8 ¹Die Abführung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge an die Bundesagentur für Arbeit sowie die Auszahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung an die pflegende Person erfolgt durch die für die pflegebedürftige Person zuständige Festsetzungsstelle. ²Die Festsetzungsstelle hat die Unterlagen über die Abführung und Zahlung von Arbeitslosenversicherungsbeiträgen und Zuschüssen zur Kranken- und Pflegeversicherung (vgl. gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit vom 1. Juli 2008, das auf der Internetseite der Bundesagentur für Arbeit (<http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A07-Geldleistung/A074-Sozialversicherung/Publikation/pdf/Rundschreiben-zur-Pflege-07-2008.pdf>) veröffentlicht und dem BMI-Rundschreiben vom 7. Juli 2008 (D I

5 – 213 100-2/8 _- (GMBI 2008 S. 938) als Anlage beigefügt ist) nach § 113 Absatz 2 Satz 1 BBG fünf Jahre aufzubewahren.

38.3 Zu Absatz 3

38.3.1 Bei einer Kombination der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.

Beispiele:

1. Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (550 Euro von 1 100 Euro) und das Pflegegeld (220 Euro von 440 Euro) in Anspruch. Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.

a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 30 % von 550 Euro	=	165 Euro
	- zum Pflegegeld: 30 % von 220 Euro	=	66 Euro
	gesamt	=	231 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 70 % von 550 Euro	=	385 Euro
	- Pauschalbeihilfe zum Pflegegeld: 220 Euro abzüglich Anteil der privaten Pflegeversicherung	=	154 Euro
	gesamt	=	539 Euro

2. Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (550 Euro von 1 100 Euro) und das Pflegegeld (220 Euro von 440 Euro) in Anspruch; die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. Als Person nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 % von 220 Euro.

a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 50 % von 550 Euro	=	275 Euro

	- zum Pflegegeld: 50 % von 220 Euro	=	110 Euro
	gesamt	=	385 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: in gleicher Höhe wie die Leistung der sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 46 Absatz 4)	=	275 Euro
	- Pauschalbeihilfe zum Pflegegeld: 50 % von 440 Euro = 220 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 110 Euro	=	110 Euro
	gesamt	=	385 Euro

38.3.2 Ist in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 38 SGB XI auf Grund der Ausschöpfung des Leistungsrahmens nach § 36 Absatz 3 und 4 SGB XI nicht möglich, ist die Gewährung von Aufwendungen für Leistungen nach § 38 Absatz 3 ebenfalls ausgeschlossen.

38.3.3 Pflegebedürftige Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürzte Pauschalbeihilfe anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden; die Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen.

38.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

38.5 **Zu Absatz 5**

38.5.1 Pflegebedürftige Personen in ambulant betreuten Wohngruppen, denen Beihilfe nach den Absätzen 1 bis 3 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.

38.5.2 ¹Neben den Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen dann beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 45e SGB XI vorliegen. ²Dies bedeutet, die Gewährung von Beihilfe erfolgt nur für den Fall, in dem entsprechende Zuschüsse seitens der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gezahlt werden.

38.6 Zu Absatz 6

- 38.6.1 ¹Aufwendungen einer teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind je Kalendermonat beihilfefähig
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 450 Euro,
 - für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1 100 Euro,
 - für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1 550 Euro.

²Hierbei gelten die jeweiligen Pflegeeinsätze als erbracht, soweit im Einzelfall nicht eine geringere Inanspruchnahme nachgewiesen wird. ³Stellt die Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 Prozent des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.

- 38.6.2 ¹Bei vorübergehender Abwesenheit Pflegebedürftiger von der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für teilstationäre Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. ²Das heißt, dass im Fall vorübergehender Abwesenheit von der teilstationären Pflegeeinrichtung die Freihaltegebühren für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr beihilfefähig sind. ³Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen sind die Freihaltegebühren für die gesamte Dauer dieser Aufenthalte beihilfefähig. ⁴In den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI sind für die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI vorzusehen.

- 38.6.3 ¹Aufwendungen für die häusliche Pflege nach den Absätzen 1 bis 3 können mit Aufwendungen der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege kombiniert werden. ²Neben dem vollen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege besteht noch ein hälftiger Anspruch auf die weiterhin zu Hause notwendige Pflege. ³Ebenso ist es umgekehrt möglich, neben der halben Ausschöpfung des Anspruchs auf Tages- und Nachtpflege noch den Anspruch nach den Absätzen 1 bis 3 in vollem Umfang zu nutzen. ⁴Bei Kombination von Tages- und Nachtpflege und der häuslichen Pflege nach den Absätzen 1 bis 3 beläuft sich der höchstmögliche Gesamtanspruch auf 150 Prozent der Werte, die jeweils bei Tages- und Nachtpflege und den Aufwendungen nach den Absätzen 1 bis 3 vorgesehen sind.

Beispiele:

1. Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben der Pflege in einer

Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (100 % = 1 100 Euro) zu 50 % die Leistungen einer Berufspflegekraft (100 % = 1 100 Euro) in Anspruch.

a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung: 100 % von 1 100 Euro	=	1 100 Euro
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 50 % von 1 100 Euro	=	550 Euro
	gesamt	=	1 650 Euro
	hiervon 30 %	=	495 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung: 100 % von 1 100 Euro	=	1 100 Euro
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 50 % von 1 100 Euro	=	550 Euro
	gesamt	=	1 650 Euro
	hiervon 70 %	=	1 155 Euro

2. Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben der Pflege in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (100 % = 1 100 Euro) zu 50 % die Leistungen einer Berufspflegekraft (100 % = 1 100 Euro) in Anspruch. Als Person nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung 50 %.

a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung: 100 % von 1 100 Euro	=	1 100 Euro
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 50 % von 1 100 Euro	=	550 Euro
	gesamt	=	1 650 Euro
	hiervon 50 %	=	825 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- es werden Beihilfeleistungen in gleicher Höhe gewährt		825 Euro

3. Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben dem Pflegegeld

(100 % = 440 Euro) mit einem Anteil von 50 % die Pflege in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (100 % = 1 100 Euro) in Anspruch.

a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung: 50 % von 1 100 Euro	=	550 Euro
	- Pflegegeld: 100 % von 440 Euro	=	440 Euro
	gesamt	=	990 Euro
	hiervon 30 %	=	297 Euro

b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung: 50 % von 1 100 Euro	=	550 Euro
	- Pflegegeld: 100 % von 440 Euro	=	440 Euro
	gesamt	=	990 Euro
	hiervon 70 %	=	693 Euro

4. Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben dem Pflegegeld (100 % = 440 Euro) zu 50 % die Pflege in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (100 % = 1 100 Euro) in Anspruch. Als Person nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung 50 %.

a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung: 50 % von 1100 Euro	=	550 Euro
	- Pflegegeld: 100 % von 440 Euro	=	440 Euro
	gesamt	=	990 Euro
	hiervon 50 %	=	495 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung werden Beihilfeleistungen in wertmäßig gleicher Höhe gewährt 50 % von 550 Euro	=	275 Euro
	- Pflegegeld: 440 Euro ./. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (50% aus 440 Euro = 220 Euro)	=	220 Euro
	gesamt	=	495 Euro

5. Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II Kombinationsleistungen nach Absatz 3 (Berufspflegekraft 70 % und Pflegegeld 30 %) in Anspruch. Daneben nimmt er die Pflege in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (50 %) in Anspruch. Die vollen Leistungsansprüche für Berufspflegekräfte und in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege betragen 1 100 Euro, das volle Pflegegeld beträgt 440 Euro. Maximal stehen dem Versorgungsempfänger 150 % von 1 100 Euro zu= 1 650 Euro.

a)	Leistungen der privaten Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung: 50 % von 1 100 Euro	=	550 Euro
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 70 % von 1 100 Euro	=	770 Euro
	- Pflegegeld: 30 % von 440 Euro	=	132 Euro
	gesamt	=	1 452 Euro
	hiervon 30 %	=	435,60 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung: 50 % von 1 100 Euro	=	550 Euro
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 70 % von 1 100 Euro	=	770 Euro
	- Pflegegeld: 30 % von 440 Euro	=	132 Euro
	gesamt	=	1 452 Euro
	hiervon 70 %	=	1 016,40 Euro

6. Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II Kombinationsleistungen (Berufspflegekraft 70 % und; Pflegegeld 30 %) in Anspruch. Daneben nimmt er die Pflege in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege (50 %) in Anspruch. Die vollen Leistungsansprüche für Berufspflegekräfte und in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege betragen 1 100 Euro, das volle Pflegegeld beträgt 440 Euro. Maximal stehen dem Versorgungsempfänger 150 % von 1 100 Euro zu = 1 650 Euro. Als Person nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung 50 %.

a)	Leistungen der sozialen Pflegeversicherung		
	- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung: 50 % von 1 100 Euro	=	550 Euro
	- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekräfte: 70 % von 1 100 Euro	=	770 Euro
	- Pflegegeld: 30 % von 440 Euro	=	132 Euro
	gesamt	=	1 452 Euro
	hiervon 50 %	=	726 Euro
b)	Leistungen der Beihilfe		
	- zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung und die Berufspflegekräfte werden Beihilfeleistungen in gleicher Höhe gewährt: 50 % von 1 320 Euro	=	660 Euro
	- Pflegegeld:		
	- 30 % von 440 Euro = 132 ./.. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (66 Euro)	=	66 Euro
	gesamt	=	726 Euro

Achtung!

Besteht der Anspruch auf die häusliche Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat, werden die Aufwendungen nach Absatz 1 abweichend zur Pauschalbeihilfe **nicht** entsprechend gekürzt.

38.6.4 Werden die Aufwendungen für die häusliche Pflege nach den Absätzen 1 bis 3 für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 um die Beträge nach Absatz 8 erhöht, wird zur Berechnung des anteiligen Anspruchs bei der gleichzeitigen Inanspruchnahme von Leistungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege auf die Beispielsberechnungen im Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes zu den leistungsrechtlichen Vorschriften auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes hingewiesen:

http://www.gkv-spitzenverband.de/Rahmenvereinbarungen_Pflege.gkvnet

38.7 Zu Absatz 7

38.7.1 Wird eine dauernd pflegebedürftige Person vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung gepflegt (Kurzzeitpflege), sind die Pflegeaufwendungen bis zu 1 550 Euro je Kalenderjahr beihilfefähig.

38.7.2 ¹Beihilfen zu Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege können gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse

bewilligt hat. ²Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt.

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

38.7.4 Die Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege bei zu Hause gepflegten Kindern in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen werden entsprechend § 42 Absatz 3 Satz 1 SGB XI in der seit dem 30. Oktober 2012 geltenden Fassung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres als beihilfefähig anerkannt.

38.7.5 ¹Beihilfen zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. ²Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 39 SGB XI. ³Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird Beihilfe in gleicher Höhe gewährt.

38.8 **Zu Absatz 8**

38.8.1 Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 (siehe Nummer 37.2.6) ergeben sich unter anderem Leistungsansprüche nach Absatz 8 i. V. m. §§ 45b, 123 Absatz 2 Nummer 1 bis 3, Absatz 3 und 4, § 124 Absatz 1 bis 3 SGB XI, die im Folgenden konkretisiert werden.

38.8.2 ¹Für Pflegebedürftige mit Pflegestufe beträgt der Höchstsatz für beihilfefähige Aufwendungen nach Absatz 1 (häusliche Pflegehilfe und Betreuung) seit dem 1. Januar 2013

- bei Pflegestufe I: 665 Euro,
- bei Pflegestufe II: 1 250 Euro.

²Aufwendungen entsprechend Absatz 1 sind bei Personen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2, die keiner Pflegestufe zugeordnet sind (sog. Pflegestufe 0), seit dem 1. Januar 2013 in Höhe von monatlich bis zu 225 Euro beihilfefähig.

38.8.3 ¹Für Pflegebedürftige mit Pflegestufe beträgt der Höchstsatz für beihilfefähige Aufwendungen nach Absatz 2 (Pauschalbeihilfe) seit dem 1. Januar 2013

- bei Pflegestufe I: 305 Euro,
- bei Pflegestufe II: 525 Euro.

²Aufwendungen entsprechend Absatz 2 sind bei Personen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2, die keiner Pflegestufe zugeordnet sind (sog. Pflegestufe 0), seit dem 1. Januar 2013 in Höhe von monatlich 120 Euro beihilfefähig.

38.8.4 ¹Bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf können je nach Umfang Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen in Höhe von 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag), als beihilfefähig anerkannt werden (siehe § 45b SGB XI). ²Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

38.8.5 Personen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2, die keiner Pflegestufe zugeordnet sind (sog. Pflegestufe 0) können neben den Leistungen nach den Nummern 38.8.2, 38.8.3 und 38.8.4 auch Leistungen der Verhinderungspflege nach § 38 Absatz 7, Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nach § 38 Absatz 10, Pflegeberatung nach § 37 Absatz 1 sowie Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI erhalten.

38.9 **Zu Absatz 9**
(unbesetzt)

38.10 **Zu Absatz 10**
(unbesetzt)

39 **Zu § 39 Vollstationäre Pflege**

39.1 **Zu Absatz 1**

39.1.1 Angemessen sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für die soziale Betreuung sowie die medizinische Behandlungspflege in Höhe folgender Monatsbeträge:

- bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I: 1 023 Euro,
- bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II: 1 279 Euro,
- bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III: 1 550 Euro,
- bei Pflegebedürftigen, die als Härtefall anerkannt sind: 1 918 Euro.

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

39.1.3 Pflegezuschläge nach § 84 Absatz 2 Satz 2 Halbsatz 2 SGB XI sowie besonders pauschalisierte Pflegesätze nach § 8 Absatz 3 Satz 3 SGB XI gelten als pflegebedingte Aufwendung im Sinn des Absatzes 1.

- 39.1.4 Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.
- 39.1.5 ¹Bei vorübergehender Abwesenheit Pflegebedürftiger von der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für vollstationäre Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. ²Das heißt, dass im Fall vorübergehender Abwesenheit von der vollstationären Pflegeeinrichtung die Freihaltegebühren für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr beihilfefähig sind. ³Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen sind die Freihaltegebühren für die gesamte Dauer dieser Aufenthalte beihilfefähig. ⁴In den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI sind für die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI vorzusehen.
- 39.1.6 ¹Der Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen der stationären Pflege beginnt mit dem Tag des Einzugs in die Pflegeeinrichtung und endet mit dem Tag des Auszugs oder des Todes. ²Beginnt oder endet der Vertrag, nicht am ersten oder letzten Tag des Monats, besteht ein Anspruch auf die Pauschale für den Teilmonat. ³Das tägliche Heimentgelt wird mit den Tagen des Heimaufenthaltes im Anspruchszeitraum multipliziert. ⁴Liegt das Heimentgelt unter dem Monatsbetrag für die jeweilige Pflegestufe, ist eine Begrenzung auf das anteilige Heimentgelt vorzunehmen. ⁵Liegt das Heimentgelt über dem Monatsbetrag der jeweiligen Pflegestufe, besteht Anspruch auf den Monatsbetrag.
- 39.1.7 Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen nach § 27 bleibt unberührt (siehe Nummer 27.1.4).

39.2 **Zu Absatz 2**

- 39.2.1 ¹Aufwendungen für die Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 hinausgehen, wie Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. ²Vorrangig sind zur Deckung der vorgenannten, verbleibenden Kosten immer Eigenmittel einzusetzen. ³Aus Fürsorgegründen kann aber zu diesen Aufwendungen Beihilfe gewährt werden, wenn den beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen von ihren Einkünften nicht ein rechnerischer Mindestbetrag verbleibt. ⁴Für die Berechnung des zu belassenden Mindestbetrages wird immer die aktuelle Besoldungstabelle zugrunde gelegt.

Berechnung:

Beispiel 1 (Zugrundelegung Besoldungstabelle Stand 1. Januar 2013):

Ehepaar

Beihilfeberechtigter (letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegestufe II, Ehefrau nicht pflegebedürftig, keine weiteren berücksichtigungsfähigen Personen

Berechnung:

- | | | |
|----|---|------------|
| 1. | Rechnungsbetrag: | 3 184,50 € |
| 2. | Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon): | 24,50 € |
| 3. | Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung: | 1 279,00 € |
| 4. | nicht gedeckte Aufwendungen: | 1 881,00 € |
| 5. | Einnahmen nach § 39 Absatz 3: | 1 978,03 € |
| 6. | von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben: | 1 919,43 € |

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	gesamt
Nr. 1	384,22 €		
Nr. 2		1 440,83 €	
Nr. 3			
Nr. 4	94,38 €		
Summe	478,60 €	1 440,83 €	<u>1 919,43 €</u>

- | | | |
|----|---|------------|
| 7. | selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./ Pos. 6.): | 58,60 € |
| 8. | zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 4. ./ Pos. 7.): | 1 822,40 € |

Beispiel 2 (Zugrundelegung Besoldungstabelle Stand 1. Januar 2013):

Alleinstehender Beihilfeberechtigter (letzte Besoldungsgruppe A 9 mD, Stufe 8) in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegestufe II

Berechnung:

- | | | |
|----|---|------------|
| 1. | Rechnungsbetrag: | 3 184,50 € |
| 2. | Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon): | 24,50 € |
| 3. | Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung: | 1 279,00 € |
| 4. | nicht gedeckte Aufwendungen: | 1 881,00 € |
| 5. | Einnahmen nach § 39 Absatz 3: | 1 978,03 € |
| 6. | von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben: | 478,60 € |

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	gesamt
Nr. 1	384,22 €		
Nr. 2			

Nr. 3			
Nr. 4	94,38 €		
Summe	478,60 €		<u>478,60 €</u>

7. selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./ Pos. 6.): 1 499,43 €
 8. zusätzlich zu gewährende Beihilfe (Pos. 4. ./ Pos. 7.) 381,57 €

Beispiel 3 (Zugrundelegung Besoldungstabelle Stand 1. Januar 2013):

Ehepaar mit einem berücksichtigungsfähigen Kind (Beihilfeberechtigter Besoldungsgruppe A 13, Stufe 8), Ehefrau in vollstationärer Pflegeeinrichtung mit Pflegestufe III Härtefall

Berechnung:

1. Rechnungsbetrag: 4 019,56 €
 2. Abzug nicht beihilfefähiger Kosten (z. B. Telefon): 64,50 €
 3. Abzug der Leistungen nach § 39 Absatz 1 und der Pflegeversicherung: 1 918,00 €
 4. nicht gedeckte Aufwendungen: 2 037,06 €
 5. Einnahmen nach § 39 Absatz 3: 4 355,35 €
 6. von den Einnahmen sollen rechnerisch verbleiben: 2 113,21 €

	Beihilfeberechtigter	Ehefrau	Kind	gesamt
Nr. 1		384,22 €		
Nr. 2	1 440,83 €			
Nr. 3			144,08 €	
Nr. 4	144,08 €			
Summe	1 584,91 €	384,22 €	144,08 €	<u>2 113,21 €</u>

7. selbst zu tragender Anteil (Pos. 5. ./ Pos. 6.): 2 242,14 €
 8. die nicht gedeckten Aufwendungen liegen unter dem selbst zu tragendem Anteil (Pos. 4. ./ Pos. 7.), daher ist keine zusätzliche Beihilfe zu gewähren.

39.2.2 Bei beihilfeberechtigten verwitweten Versorgungsempfängern, die nicht selbst in einem aktiven Dienstverhältnis gestanden haben, ist das Grundgehalt der letzten Besoldungsgruppe der verstorbenen beihilfeberechtigten Person zugrunde zu legen.

39.2.3 ¹Sofern nach Nummer 39.1.6 die Pauschale für stationäre Pflege nur anteilig als beihilfefähig anerkannt werden kann, sind auch die Kosten für die Pflegeleistungen, die über die in Absatz 1 hinausgehen, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten nur anteilig zu berücksichtigen.

²Satz 1 gilt entsprechend für den Mindestbetrag.

39.3 **Zu Absatz 3**

39.3.1 Bei den Einnahmen bleiben unberücksichtigt:

- Einnahmen von Kindern,
- Einnahmen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) und
- Leistungsprämien nach § 42a BBesG.

39.3.2 ¹Eine Rente ist immer mit dem Zahlbetrag nach Satz 1 Nummer 3 zu berücksichtigen. ²Sofern die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner neben einer Rente weitere Einnahmen nach § 2 Absatz 3 EStG hat, sind diese ohne den Rentenanteil zu berücksichtigen.

39.3.3 Nummer 39.2.3 gilt entsprechend bei der Berechnung der Einnahmen.

39.4 **Zu Absatz 4**

¹Beihilfefähig sind zehn Prozent des nach § 75 Absatz 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch 256 Euro monatlich. ²Maßgebend ist die Vereinbarung mit der Einrichtung. ³Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

39.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

39.6 **Zu Absatz 6**

¹Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung einer pflegebedürftigen Person mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. ²Aufwendungen für Vergütungszuschläge sind beihilfefähig, wenn die vollstationäre Pflegeeinrichtung diese auf Grund von Vereinbarungen berechnen darf. ³Grundlage für die Beihilfegewährung ist die Entscheidung der jeweiligen Pflegeversicherung.

40 **Zu § 40 Palliativversorgung**

40.1 **Zu Absatz 1**

40.1.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

40.1.2 Erhöhte Aufwendungen, die auf Grund der besonderen Belange der zu betreuenden Kinder anfallen, sind beihilfefähig.

40.1.3 ¹Die Aufwendungen für eine solche Versorgung sind bis zur Höhe der nach § 132d Absatz 1 Satz 1 SGB V vereinbarten Vergütung beihilfefähig. ²Für beihilfeberechtigte Personen nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Personen bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Gastland unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren.

40.1.4 Auf beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sind die Nummern 40.1.1 und 40.1.2 entsprechend anzuwenden.

40.2 **Zu Absatz 2**

40.2.1 ¹Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, das heißt leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. ²Aufwendungen für die Behandlung in einem Hospiz sind nur dann beihilfefähig, wenn das Hospiz einen Versorgungsvertrag mit mindestens einer Krankenkasse abgeschlossen hat.

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

41 **Zu § 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen**

41.1 **Zu Absatz 1**

41.1.1 ¹Folgende Aufwendungen für Maßnahmen zur ärztlichen Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge sind beihilfefähig:

1. bei Minderjährigen bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes nicht nur geringfügig gefährden (§ 26 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),

2. bei Minderjährigen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr die Aufwendungen für eine Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige oder soziale Entwicklung nicht nur geringfügig gefährden, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze) (§ 26 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
3. bei Frauen und Männern vom vollendeten 18. Lebensjahr die Aufwendungen für die Früherkennung von Krebserkrankungen (§ 25 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
4. bei Frauen und Männern vom vollendeten 35. Lebensjahr an die Aufwendungen für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus (§ 25 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2),
5. Schutzimpfungen (§ 20d SGB V in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2).

²Inhalt, Zielgruppe, Altersgrenze, Häufigkeit, Art und Umfang für die in Satz 1 genannten Untersuchungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge richten sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“),
2. zur Jugendgesundheitsuntersuchung,
3. über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“),
4. über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“),
5. über Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie).

³Die vorstehend genannten Richtlinien sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlicht.

- 41.1.2 ¹Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und von Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden und über den Leistungsumfang nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hinausgehen oder nicht in Anlage 13 zur BBhV aufgeführt sind, können nicht als beihilfefähige Aufwendungen der Früher-

kennungs- und Vorsorgemaßnahmen anerkannt werden. ²Es bleibt zu prüfen, ob es sich in diesen Fällen um eine medizinisch notwendige Behandlung handelt, die auf Grund einer Diagnosestellung erfolgte.

41.1.3 Aufwendungen für den Gentest bei Frauen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko setzen sich aus den Aufwendungen für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Genanalyse und strukturiertes Früherkennungsprogramm zusammen und sind mit nachstehenden Pauschalen beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in den aufgeführten Zentren durchgeführt wurden.

41.1.3.1 **Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung**

Pro Familie ist eine einmalige Pauschale in Höhe von **900 Euro** beihilfefähig. Diese umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus beinhaltet die Pauschale auch die Beratung weiterer Familienmitglieder.

41.1.3.2 **Genanalyse**

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

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

41.1.3.3 **Strukturiertes Früherkennungsprogramm**

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

Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs

- Berlin
Charité-Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum
- Dresden

Technische Universität Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Düsseldorf
Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum
- Göttingen
Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
- Hannover
Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Zell- und Molekularpathologie
- Heidelberg
Universität Heidelberg, Institut für Humangenetik
- Kiel
Universitätsfrauenklinik Kiel
- Köln/Bonn
Universität zu Köln, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- Leipzig
Universität Leipzig, Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- München
Technische Universität München, Klinikum Rechts der Isar, Klinik für Frauenheilkunde
Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Frauenheilkunde
- Münster
Universität Münster, Institut für Humangenetik
- Regensburg
Universität Regensburg, Institut für Humangenetik
- Tübingen
Universität Tübingen, Institut für Humangenetik
- Ulm
Universität Ulm, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Würzburg
Frauenklinik der Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Genetik im Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

41.2 **Zu Absatz 2**

- 41.2.1 ¹Der Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über
- Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe),
 - die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung nach § 26 Absatz 1 Satz 2 SGB V).

²Die Richtlinien sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlicht.

41.2.2 ¹Beihilfefähig sind die Aufwendungen für insgesamt drei Untersuchungen zwischen dem dritten und dem sechsten Lebensjahr in einem Abstand von mindestens zwölf Monaten. ²Bei Minderjährigen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben, sind einmal je Kalenderhalbjahr Maßnahmen zur Verhütung von Zahn- und Parodontalerkrankungen beihilfefähig. ³Der Abstand zwischen den Maßnahmen muss mindestens vier Monate betragen.

41.2.3 ¹Im Rahmen individualprophylaktischer Maßnahmen nach Nummer 41.2.1 sind beihilfefähig die Aufwendungen

- für die Untersuchung auf Zahn- und Kiefererkrankungen,
- für die Erhebung des Mundhygienestatus,
- für die Erhebung des Zustandes des Zahnfleisches,
- für Hinweise auf eine zahngesunde Ernährung und
- für eine lokale Fluoridierung.

²Besteht nach einer Bescheinigung der Zahnärztin oder des Zahnarztes ein hohes Kariesrisiko, sind die Aufwendungen für eine lokale Fluoridierung zweimal je Kalenderhalbjahr beihilfefähig.

41.2.4 Nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind einmal je Kalenderjahr beihilfefähig die Aufwendungen für folgende Maßnahmen zur Verhütung von Zahn- und Parodontalerkrankungen

- Untersuchung auf Zahn- und Kiefererkrankungen,
- Erhebung des Mundhygienestatus,
- Erhebung des Zustandes des Zahnfleisches und
- Hinweise auf eine zahngesunde Ernährung.

41.2.5 Die Nummer 1040 (professionelle Zahnreinigung) gehört zum Abschnitt B der Anlage zur GOZ und damit zu den Vorsorgeleistungen.

41.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

41.4 **Zu Absatz 4**

Für beihilfeberechtigte Personen mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und ihre berücksichtigungsfähigen Personen fallen Eigenbehalte für die erforderlichen Fahrtkosten zu Vorsorgemaßnahmen nicht an.

42 **Zu § 42 Schwangerschaft und Geburt**

§ 42 ist auch anzuwenden auf die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Niederkunft einer berücksichtigungsfähigen Tochter der beihilfeberechtigten Person.

42.1 **Zu Absatz 1**

42.1.1 **Zu Absatz 1 Nummer 1**

42.1.1.1 ¹Schwangerschaftsüberwachung ist die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). ²Die Richtlinien sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlicht.

42.1.1.2 ¹Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. ²Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. ³In diesem Zusammenhang sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.

42.1.2 **Zu Absatz 1 Nummer 2**

42.1.2.1 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (zum Beispiel Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung.

42.1.2.2 ¹Leistungsabrechnungen von Hebammen oder Entbindungspflegern richten sich nach den Verordnungen der Länder über die Gebühren für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der GKV. ²Anzuwenden ist die Verordnung des Landes, in dem die Leistung erbracht wird.

42.1.3 **Zu Absatz 1 Nummer 3**

Nach dieser Vorschrift sind die Aufwendungen für von Hebammen und Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen beihilfefähig, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Berufsverbänden der Hebammen und Entbindungspfleger und den Verbänden der von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe und die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen und der Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen geschlossen hat.

42.1.4 **Zu Absatz 1 Nummer 4**

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

42.2 **Zu Absatz 2** (unbesetzt)

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

43.1 **Zu Absatz 1**

43.1.1 ¹Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist in Anlehnung an die nach § 27a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V erlassenen Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung) geregelt. ²Die Richtlinien sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlicht.

43.1.2 ¹Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 Prozent der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie im homologen System (das heißt bei Ehegatten) durchgeführt werden und hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. ²Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Kostenerstattung.

43.1.3 ¹Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung sind nur beihilfefähig, wenn

- Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit (zum Beispiel Fertilisierungsoperationen, alleinige hormonelle Stimulation) keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten, nicht durchführbar oder nicht zumutbar sind,
- bei beiden Ehegatten der HIV-Status bekannt ist,
- bei der Ehefrau ein ausreichender Schutz gegen eine Rötelninfektion besteht,
- beide Ehegatten das 25. Lebensjahr vollendet haben,
- die Ehefrau das 40. Lebensjahr und der Ehemann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

²Die maßgeblichen Altersgrenzen für beide Ehegatten müssen in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus oder des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein.

43.1.4 ¹Nach Geburt eines Kindes sind Aufwendungen für die Herbeiführung einer erneuten Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung nach Nummer 43.1.2 beihilfefähig. ²Dies gilt auch, wenn eine sogenannte „klinische Schwangerschaft“ (zum Beispiel Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.

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

43.1.6 Behandlungsmethoden, Begrenzung der Versuchszahlen und Indikationen:

43.1.6.1 intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, gegebenenfalls nach Ovulationstimung ohne Polyvulation (drei oder mehr Follikel);
höchstens acht Versuche;
Indikationen: somatische Ursachen (zum Beispiel Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

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

43.1.6.3 In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer);
höchstens drei Versuche; der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat;

Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer

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

43.1.6.4 Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT);

höchstens zwei Versuche;

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

43.1.6.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI);

höchstens drei Versuche; (der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat);

Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens zwölf Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas die Grenzwerte gemäß Richtlinien über künstliche Befruchtung – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder Swim-up-Test) – unterschreiten.

43.1.7 ¹Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation als auch zum intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, dürfen die Maßnahmen nur alternativ durchgeführt werden. ²In-vitro-Fertilisation und intracytoplasmatische Spermieninjektion dürfen auf Grund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ angewandt werden. ³Einzige Ausnahme ist die Fallkonstellation eines totalen Fertilisationsversagens nach dem ersten Versuch einer In-Vitro-Fertilisation. ⁴In diesem Fall kann in maximal zwei darauffolgenden Zyklen die intracytoplasmatische Spermieninjektion zur Anwendung kommen, auch wenn die Voraussetzungen nach 43.1.6.5 nicht vorliegen. ⁵Ein Methodenwechsel innerhalb eines IVF-Zyklus (sog. Rescue-ICSI) ist ausgeschlossen.

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

43.1.9 ¹Die Zuordnung der Kosten zu den Ehegatten erfolgt in enger Anlehnung an Nummer 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung. ²Das bedeutet, dass

die Aufwendungen der Person zuzurechnen sind, bei der die Leistung durchgeführt wird. ³Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens (Reifung der Samenzellen, ohne die eine Befruchtung der Eizelle nicht möglich ist) sowie für den HIV-Test beim Ehemann entfallen auf den Ehemann. ⁴Aufwendungen für die Beratung der Ehegatten nach Nummer 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung, nicht nur im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren, sondern auch auf die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau) sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen entfallen auf die Ehefrau. ⁵Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die speziellen Risiken) und die gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung entfallen auf den Ehemann. ⁶Aufwendungen für extrakorporale Maßnahmen werden denjenigen zugeordnet, bei denen die Maßnahmen durchgeführt werden, zum Beispiel Fertilitätsstörungen des Mannes, diesem.

43.2 **Zu Absatz 2**

¹Die Vorschrift konkretisiert die Regelung des § 6 Absatz 1 Satz 1 BBhV, nach der grundsätzlich nur Aufwendungen für notwendige Maßnahmen beihilfefähig sind. ²Nicht beihilfefähig sind danach Sterilisationen, die ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation nur dem Zweck dienen, zukünftige Schwangerschaften zu vermeiden.

43.3 **Zu Absatz 3** (unbesetzt)

43.4 **Zu Absatz 4**

Liegt eine ärztliche Bescheinigung über das Vorliegen der Voraussetzungen des § 218a Absatz 2 oder Absatz 3 Strafgesetzbuch (StGB) vor, bedarf es grundsätzlich keiner weitergehenden Prüfung der Rechtmäßigkeit durch die Festsetzungsstelle.

44 **Zu § 44 Tod der oder des Beihilfeberechtigten**

¹Neben den geregelten Fällen sind Aufwendungen anlässlich des Todes nicht beihilfefähig. ²Die BBhV regelt nur die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen.

45 **Zu § 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe und Organspende**

45.1 **Zu Absatz 1**

45.1.1 **Zu Absatz 1 Nummer 1**

Die beihilfefähigen Aufwendungen für Erste Hilfe umfassen den Einsatz von Rettungskräften, Sanitäterinnen, Sanitätern und anderen Personen und die von ihnen verbrauchten Stoffe (zum Beispiel Medikamente, Heil- und Verbandmittel).

45.1.2 **Zu Absatz 1 Nummer 2**

Die Anwendung der Nummer 2 kommt insbesondere im Zusammenhang mit Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz in Betracht.

45.1.3 **Zu Absatz 1 Nummer 3**

¹Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Gebärdensprachdolmetscherin oder eines Gebärdensprachdolmetschers oder einer anderen Kommunikationshilfe gelten die gleichen Voraussetzungen wie für den Anspruch auf eine Kommunikationshilfe im Verwaltungsverfahren. ²Als Kommunikationshilfe kommen Gebärdensprachdolmetscherinnen, Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscherinnen, Schriftdolmetscher oder andere nach der Kommunikationshilfeverordnung zugelassene Hilfen in Betracht. ³Als beihilfefähig anzuerkennen sind die nachgewiesenen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Person bis zur Höhe der im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) vorgesehenen Sätze (derzeit 55 Euro pro Stunde für Dolmetscherinnen und Dolmetscher, § 9 Absatz 3 JVEG); entschädigt werden die Einsatzzeit zuzüglich erforderlicher Reisezeiten (§ 8 Absatz 2 JVEG) und erforderliche Fahrtkosten (§ 8 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 5 JVEG) der Kommunikationshilfe. ⁴Die Beihilfefähigkeit beschränkt sich auch dann auf den individuellen Bemessungssatz, wenn die ergänzende Krankenversicherung Leistungen für Kommunikationshilfen nicht gewährt. ⁵Anders als im Verwaltungsverfahren ist die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe zum Beispiel beim Besuch einer Ärztin oder eines Arztes immer eine Sache der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person.

45.2 **Zu Absatz 2**

Die gültigen Pauschalen für Organisations- und Flugkosten im Rahmen von Organtransplantationen, die Transplantationsbeauftragtenpauschale sowie die vereinbarte Pauschale je transplantiertes Herz, für das ein Einsatz des

Organ Care Systems (OCS) durchgeführt wurde, gibt das BMI durch Rundschreiben bekannt.

45.3 **Zu Absatz 3**

Zu den Auswirkungen des Bezugs von Leistungen zum Ausgleich des Verdienstausfalls von Organ- oder Gewebespendern nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes wird auf das Schreiben der Deutschen Rentenversicherung Bund verwiesen, das mit Rundschreiben des BMI vom 10. Januar 2013 - D 6 – 213 106-11/0#0 - bekanntgegeben wurde.

45.4 **Zu Absatz 4** (unbesetzt)

46 **Zu § 46 Bemessung der Beihilfe**

46.1 **Zu Absatz 1**

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

46.2 **Zu Absatz 2**

Zu den Waisen im Sinne der Nummer 4 gehören auch Halbweisen, soweit sie Halbweisengeld beziehen.

46.3 **Zu Absatz 3**

46.3.1 ¹Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen wird der Bemessungssatz bei der beihilfeberechtigten Person erhöht, die die familienbezogenen Besoldungsbestandteile für mehr als ein berücksichtigungsfähiges Kind tatsächlich erhält. ²Dies gilt nicht bei Personen, die heilfürsorgeberechtigt sind oder Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung haben. ³In diesem Fall besteht keine Konkurrenz zu einer anderen beihilfeberechtigten Person, weil die Aufwendungen für diesen Personenkreis nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind. ⁴Die beihilfeberechtigten Personen bestimmen mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Bemessungssatzes. ⁵Eine gesonderte Erklärung der beihilfeberechtigten Personen ist nicht erforderlich.

46.3.2 Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen mit unterschiedlichen Diensttherren (zum Beispiel Bund – Land; Bund – Kommune) ist der Festsetzungsstelle des Landes oder der Kommune die Mitteilung nach dem Formblatt im Anhang 1 zu übersenden.

46.4 **Zu Absatz 4**

¹Nach § 28 Absatz 2 SGB XI erhalten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe haben, die im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung zustehenden Leistungen zur Hälfte. ²Aus diesem Grund wird auch der Bemessungssatz für Pflegeaufwendungen auf 50 Prozent festgelegt. ³Dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

47 **Zu § 47 Abweichender Bemessungssatz**

47.1 **Zu Absatz 1** (unbesetzt)

47.2 **Zu Absatz 2**

47.2.1 ¹Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung muss 15 Prozent der geringen Gesamteinkünfte übersteigen. ²Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 Prozent der Aufwendungen ermöglicht. ³In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 14,50 Euro täglich einzu beziehen. ⁴Ein von dritter Seite gezahlter Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag ist bei der Gegenüberstellung von dem zu zahlenden Beitragsaufwand abzuziehen. ⁵Maßgebende Gesamteinkünfte sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger und ihrer berücksichtigungsfähigen Personen, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI. ⁶Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. ⁷Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um maximal 10 Prozent. ⁸Der Krankenversicherungsbeitrag und die Gesamteinkünfte sind zu belegen. ⁹Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 47 Absatz 2 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. ¹⁰Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen. ¹¹Nach spätestens drei Jahren sind die Voraussetzungen auf die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf Grund eines erneuten Antrags neu zu prüfen.

47.2.2 Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt.

47.3 **Zu Absatz 3**

Die Erhöhung des Bemessungssatzes kommt in besonders gelagerten Einzelfällen in Betracht, wenn ohne die Erhöhung die Fürsorgepflicht des Dienstherrn verletzt würde.

47.4 **Zu Absatz 4**

47.4.1 ¹Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter Behandlung und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung der oder des Versicherten beiträgt, das heißt zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen deckt. ²Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. ³Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. ⁴Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie in engem zeitlichem Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

47.4.2 ¹Der 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. ²Ein Leistungsausschluss liegt unter anderem dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine oder nur reduzierte Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (zum Beispiel Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. ³Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

47.4.3 ¹Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. ²Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil zum Beispiel ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

47.5 **Zu Absatz 5** (unbesetzt)

47.6 **Zu Absatz 6**
(unbesetzt)

47.7 **Zu Absatz 7**

¹Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes der Zuschussempfängerin oder des Zuschussempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. ²Zuschüsse zur Pflegeversicherung bleiben dabei unberücksichtigt. ³Keinen Zuschuss im Sinne von Absatz 8 Satz 1 stellt eine Beitragserstattung nach § 9 Mutterschutz- und Elternzeitverordnung (MuSchEltZV) und der Festbetrag nach § 2 Absatz 1 Begrenzte-Dienstfähigkeit-Zuschlag-Verordnung (BDZV) sowie ein Zuschuss nach § 92 Absatz 5 BBG dar. ⁴Eine derartige Beitragserstattung oder ein derartiger Zuschlag hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.

47.8 **Zu Absatz 8**
(unbesetzt)

47.9 **Zu Absatz 9**

47.9.1 ¹Die Regelung regelt die Möglichkeit eines Nachteilsausgleichs für Personen, die in Folge einer Gesetzesänderung Beihilfeberechtigte des Bundes werden und zuvor Beihilfe nach Landesrecht bezogen haben. ²Ausgeglichen werden können aber nur Nachteile, die sich aus unterschiedlichen Regelungen zum Bemessungssatz ergeben. ³Nicht erfasst werden anderweitige eventuelle Benachteiligungen wie zum Beispiel bei der Beihilfefähigkeit einzelner Aufwendungen.

47.9.2 Das BMI legt den abweichenden Bemessungssatz fest.

47.9.3 ¹Zur Herbeiführung der Festlegung ist ein formloses Ersuchen des Bundesministeriums, das nach der Geschäftsverteilung der Bundesregierung für die Belange der beihilfeberechtigten Personen zuständig ist, erforderlich (Satz 2). ²Das Ersuchen soll folgende Angaben enthalten:

- betroffene Personengruppe (genau zu spezifizieren),
- gesetzliche Grundlage für das Entstehen eines Beihilfeanspruchs nach der BBhV,
- Sachverhalte, für die nach Landesrecht ein gegenüber dem Bundesrecht abweichender, günstigerer Bemessungssatz gegolten hat,
- Bemessungssatz nach Landesrecht,
- Vorschlag für eine Abweichung vom Bemessungssatz nach der BBhV.

48 **Zu § 48 Begrenzung der Beihilfe**

- 48.1 ¹Um den nach Satz 1 zulässigen Höchstbetrag der Beihilfe berechnen zu können, sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Kranken- und Pflegeversicherung gegenüberzustellen. ²Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den Kapiteln 2 bis 4 näher bezeichneten Aufwendungen, soweit sie im Einzelfall notwendig und angemessen sind oder die BBhV die Beihilfefähigkeit unabhängig von der Notwendigkeit und Angemessenheit vorsieht (§ 6 Absatz 1). ³Dem Grunde nach beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (zum Beispiel Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen, deren Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist. ⁴Sind zum Beispiel für eine berücksichtigungsfähige Person die Aufwendungen für eine Sehhilfe nach Anlage 11 Abschnitt 4 Unterabschnitt 1 zur BBhV beihilfefähig, dann zählen die Aufwendungen für eine Sehhilfe nur für diese Person zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, nicht jedoch die Aufwendungen für Sehhilfen beihilfeberechtigter oder weiterer berücksichtigungsfähiger Personen. ⁵Die Aufwendungen für Lifestyle-Arzneimittel gehören grundsätzlich nicht zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen (§ 22 Absatz 2 Nummer 1). ⁶Die Aufwendungen für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel sind nur dann dem Grunde nach beihilfefähig, wenn die BBhV dies ausnahmsweise ausdrücklich bestimmt (§ 22 Absatz 2 Nummer 2 und 3).
- 48.2 ¹Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag – etwa für die einzelnen Positionen – die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. ²Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. ³Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.
- 48.3 ¹Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Prozentsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. ²Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. ³Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.
- 48.4 Übersteigt die nach § 46 errechnete Beihilfe zuzüglich der zustehenden Erstattung aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

49 **Zu § 49 Eigenbehalte**

49.1 **Zu Absatz 1**

- 49.1.1 Satz 1 findet keine Anwendung für bei ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung verbrauchte Arznei- und Verbandmittel, die als Auslagen abgerechnet werden (vgl. § 10 GOÄ).
- 49.1.2 Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach § 31 Absatz 1 Satz 2 und 3 SGB V in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen sind.
- 49.1.3 ¹Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Satz 1 Nummer 1 ist der Apothekenabgabepreis oder der Festbetrag der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels. ²Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. ³Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg, auch für Arznei- und Verbandmittel aus Versandapotheken. ⁴Von Apotheken gewährte Rabatte sind zu berücksichtigen.
- 49.1.4 ¹Ist auf Grund der Verordnung kein Packungsgrößenkennzeichen oder keine Bezugseinheit bestimmbar (zum Beispiel bei Sondennahrung), bestimmt die Ordnungszeile die Höhe der Eigenbehalte. ²Das kann dazu führen, dass bei Dauerverordnung (zum Beispiel für enterale Ernährung) ein Eigenbehalt nur einmal erhoben wird.
- 49.1.5 ¹Bei Aufwendungen für Betrieb, Unterhaltung und Reparatur von Hilfsmitteln sind keine Eigenbehalte abzusetzen. ²Der Eigenbehalt gilt nur bei Anschaffung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln. ³Bei Miete eines Hilfsmittels ist nur einmalig für die erste Miete ein Eigenbehalt abzusetzen.
- 49.1.6 ¹Sofern aus der ärztlichen Verordnung nichts anderes hervorgeht, ist die in der Verordnung angegebene Stückzahl als „Monatsbedarf“ im Sinne von Satz 2 anzusehen. ²Der Monatsbedarf ist auf den Kalendermonat zu beziehen. ³Der Mindestabzugsbetrag in Höhe von fünf Euro ist hier nicht anzuwenden.
- 49.1.7 Die beihilfefähigen Aufwendungen für Fahrtkosten unterliegen grundsätzlich dem Abzug von Eigenbehalten, außer den bereits durch einen Höchstbetrag begrenzten Fahrtkosten nach § 35 Absatz 2.
- 49.1.8 ¹Für die bei einer kombinierten vor-, voll- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne von § 26 entstehenden Beförderungskosten ist der Abzugsbetrag nach Satz 1 Nummer 3 nur für die erste und letzte Fahrt zugrunde zu legen. ²Dies gilt entsprechend bei ambulant durchgeführten Operationen bezüglich der Einbeziehung der Vor- und Nachbehandlungen in den je-

weiligen Behandlungsfall, bei teilstationärer Behandlung (Tagesklinik) sowie bei einer ambulanten Chemo-/Strahlentherapieserie.

49.2 **Zu Absatz 2**

49.2.1 ¹Der Abzug bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt erfolgt für die ersten 28 Tage im Kalenderjahr. ²Der Abzugsbetrag ist dabei sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag zu berücksichtigen. ³Die Abzugsbeträge sind für jedes Kalenderjahr gesondert zu beachten, dies gilt auch bei durchgehendem stationären Krankenhausaufenthalt über den Jahreswechsel.

49.2.2 Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbeitrag:

- Entbindungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen,
- ambulante Operationen im Krankenhaus,
- Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus.

49.3 **Zu Absatz 3**

¹Der Abzugsbetrag in Höhe von zehn Prozent der Aufwendungen für eine vorübergehende häuslichen Krankenpflege (§ 27) ist begrenzt auf 28 Tage je Kalenderjahr. ²Bei einem erneuten Krankheitsfall im selben Kalenderjahr werden deshalb keine Abzugsbeträge mehr in Ansatz gebracht, soweit die Krankenpflege insgesamt mehr als 28 Tage in Anspruch genommen worden ist. ³Neben dem Abzugsbetrag für die häusliche Krankenpflege wird für jede ärztliche Verordnung ein Betrag von 10 Euro von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen.

49.4 **Zu Absatz 4**

49.4.1 Ärztlich verordnete Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung benötigt werden, unterliegen nicht dem Eigenbehalt nach Absatz 1.

49.4.2 Zur Unterstützung für die Ermittlung der beihilfefähigen Arzneimittel, für die kein Eigenbehalt nach Nummer 4 Buchstabe b zu berücksichtigen ist, können die von den Spitzenorganisationen der Krankenkassen festzulegenden zuzahlungsbefreiten Arzneimittel nach § 31 Absatz 3 Satz 4 SGB V genutzt werden.

49.5 **Zu Absatz 5** (unbesetzt)

49.6 **Zu Absatz 6**

Die Entscheidung über die Ausgestaltung dieser Vorschrift kann erst nach Auswertung der Erfahrungen mit den Bonus- und Vorsorgeprogrammen der GKV erfolgen.

50 **Zu § 50 Belastungsgrenzen**

50.1 **Zu Absatz 1**

50.1.1 ¹Eine Befreiung von Eigenbehalten wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. ²Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Aufwendungen entstanden sind. ³Die Befreiung von Eigenbehalten umfasst sowohl die Eigenbehalte der beihilfeberechtigten als auch der berücksichtigungsfähigen Personen.

50.1.2 ¹Der Begriff der chronischen Erkrankung bestimmt sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie); die Richtlinie ist auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschuss (www.g-ba.de) veröffentlicht. ²Wer künftig chronisch an einer Krebsart erkrankt (dies gilt für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen) muss außerdem durch geeignete Unterlagen (zum Beispiel Rechnungskopien oder ärztliche Bescheinigungen) nachweisen, dass sie oder er sich vor der Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen hat beraten lassen, die zunächst auf die Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Brustkrebs, Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs beschränkt sind. ³Der erforderliche Nachweis bezieht sich nur auf die Durchführung der Beratung. ⁴Vorsorgeuntersuchungen selbst müssen daraufhin nicht in Anspruch genommen worden sein. ⁵Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähige "chronische Krankheit" vor. ⁶Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. ⁷Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung sind beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen mit schweren psychischen Erkrankungen oder schweren geistigen Behinderungen, denen die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen nicht zugemutet werden kann sowie beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden. ⁸Die beihilfeberechtigte Person muss nachweisen (zum Beispiel durch Vorlage ärztlicher Bescheinigung, mehrerer Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrerer Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. ⁹Auf die alljährliche Einreichung eines Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet wer-

den, wenn es keine Anzeichen für einen Wegfall der chronischen Erkrankung gibt.

50.1.3 ¹Die Eigenbehalte nach § 49 Absatz 1 bis 3 sind nur entsprechend der Höhe des Beihilfebemessungssatzes nach § 46 zu berücksichtigen, da die beihilfeberechtigte Person auch nur mit diesem Betrag belastet ist. ²Beispiel: Ein Arzneimittel kostet 50 Euro – 5 Euro Eigenanteil = 45 Euro beihilfefähiger Betrag. Bei einem Bemessungssatz von 50 Prozent werden 22,50 Euro Beihilfe ausgezahlt. Ohne Eigenanteil erhielte die beihilfeberechtigte Person eine Beihilfe von 25 Euro. Die Differenz von 2,50 Euro entspricht der effektiven Belastung der beihilfeberechtigten Person durch den Eigenanteil.

50.1.4 ¹Bis zur Erreichung der Belastungsgrenze werden alle verordneten nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ohne Eigenbehalt entsprechend dem Bemessungssatz bei der Berechnung, ob die Belastungsgrenze erreicht wird, berücksichtigt. ²Nach Erreichen der Belastungsgrenze werden ab diesem Zeitpunkt entstehende Aufwendungen für die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel als beihilfefähig anerkannt, wenn diese den festgelegten Betrag der entsprechenden Besoldungsgruppen übersteigen. ³Für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger wird die vor Eintritt in den Ruhestand bezogene Besoldungsgruppe zugrunde gelegt. ⁴Für Beamtinnen und Beamte im Vorbereitungsdienst gilt die Regelung nach § 50 Absatz 1 Nummer 2 BBhV.

Beispiele:

Berücksichtigung Belastungsgrenze

Besoldungsgruppe	Abgabepreis des Arzneimittels	Beihilfefähiger Betrag (fiktiv)	Bemessungssatz	Beihilfe (fiktiv ohne Eigenbehalt)	Anrechnung für Belastungsgrenze
A 8	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 8	8,00 €	8,00 €	50 %	4,00 €	4,00 €
A 8	8,10 €	8,10 €	50 %	4,05 €	4,05 €
A 8	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 12	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 12	12,00 €	12,00 €	50 %	6,00 €	6,00 €
A 12	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €	6,05 €
A 12	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 15	6,00 €	6,00 €	50 %	3,00 €	3,00 €
A 15	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €	6,05 €
A 15	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €	8,00 €
A 15	16,10 €	16,10 €	50 %	8,05 €	8,05 €

Beispiele:

Nach Erreichung der Belastungsgrenze

Besoldungs- gruppe	Abgabepreis des Arzneimit- tels	Beihilfefähiger Betrag	Bemessungs- satz	Beihilfe
A 8	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 8	8,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 8	8,10 €	8,10 €	50 %	4,05 €
A 8	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €
A 12	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 12	12,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 12	12,10 €	12,10 €	50 %	6,05 €
A 12	16,00 €	16,00 €	50 %	8,00 €
A 15	6,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 15	12,10 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 15	16,00 €	0,00 €	50 %	0,00 €
A 15	16,10 €	16,10 €	50 %	8,05 €

50.1.5 ¹Auch bei einem nichtverschreibungspflichtigen Festbetragsarzneimittel wird der volle Apothekenverkaufspreis zum Bemessungssatz auf die Belastungsgrenze angerechnet. ²Nach Überschreiten der Belastungsgrenze wird bei der Frage, ob die jeweilige Grenze nach der entsprechenden Besoldungsgruppe überschritten wird, auf den vollen Apothekenverkaufspreis des Arzneimittels abgestellt. ³Erst bei der Berechnung der Beihilfe wird als beihilfefähiger Betrag der Festbetrag anerkannt, sofern er unter dem Apothekenverkaufspreis liegt.

Beispiel:

nichtverschreibungspflichtiges Arzneimittel

Apothekenverkaufspreis:

12,76 Euro

Festbetrag:

7,59 Euro

Bei der Berechnung der Belastungsgrenze werden 12,76 Euro berücksichtigt. Nach Überschreiten der Belastungsgrenze können 7,59 Euro als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach Prüfung bei Zugrundelegung des Apothekenverkaufspreises von 12,76 Euro die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 vorliegt.

50.2 **Zu Absatz 2**

50.2.1 ¹Einnahmen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin, des Lebenspartners sind nicht zu berücksichtigen, wenn diese Person Pflichtmitglied oder freiwilliges Mitglied der GKV ist. ²Dagegen sind die Einnahmen einer Ehegattin, eines Ehegatten, einer Lebenspartnerin, eines Lebenspart-

ners, die oder der privat krankenversichert ist, in die Berechnung der Belastungsgrenze einzubeziehen.

50.2.2 ¹Bei verheirateten beihilfeberechtigten Personen, die beide beihilfeberechtigt sind, erfolgt die Minderung der Einnahmen um 15 Prozent jeweils für jede beihilfeberechtigte Person gesondert. ²Die Minderung für jedes Kind um den sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 EStG ergebenden Betrag erfolgt mit Ausnahme der Personen, die heilfürsorgeberechtigt sind oder Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung haben, bei der beihilfeberechtigten Person, die den Familienzuschlag bezieht.

50.2.3 Liegen die Voraussetzungen für einen Freibetrag nach § 32 Absatz 6 Satz 1 und 2 EStG nicht für jeden Kalendermonat vor, ermäßigen sich die dort genannten Beträge um ein Zwölftel.

50.3 **Zu Absatz 3**

¹Bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsofopferfürsorge getragen werden, ist bei der Berechnung der Belastungsgrenze nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgebend. ²Dies gilt gleichermaßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb dieser Einrichtungen.

51 **Zu § 51 Bewilligungsverfahren**

51.1 **Zu Absatz 1**

51.1.1 ¹Die Festsetzungsstelle ist bei ihren Einzelfallentscheidungen an § 80 BBG, an die BBhV, an diese Verwaltungsvorschrift sowie an ergänzende Erlasse der obersten Dienstbehörde gebunden. ²Soweit Festsetzungsstellen die Beihilfebearbeitung übertragen worden ist, ist die oberste Dienstbehörde die Dienstbehörde des übertragenden Ressorts.

51.1.2 ¹Die Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne nach § 14 Satz 2 und § 15 Absatz 2 gehören nicht zu den Gutachten im Sinne des Absatzes 1, deren Kosten von der Festsetzungsstelle zu tragen sind. ²Die Aufwendungen für diese Heil- und Kostenpläne sind nach § 14 Satz 3 und § 15 Absatz 2 Satz 3 beihilfefähig.

51.1.3 Die Verpflichtung zur Anonymisierung personenbezogener Daten nach Satz 4 konkretisiert die Geheimhaltungspflicht nach § 55.

51.1.4 Nach Satz 2 hat die beihilfeberechtigte Person

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
- Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen und
- sich auf Verlangen der Festsetzungsstelle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, soweit diese für die Entscheidung erforderlich sind.

51.1.5 Die Mitwirkungspflicht der beihilfeberechtigten Person besteht nicht, soweit

- ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zur beantragten Leistung steht,
- ihre Erfüllung unzumutbar ist,
- die Festsetzungsstelle sich die erforderlichen Kenntnisse mit geringerem Aufwand beschaffen kann als die beihilfeberechtigte Person,
- bei Behandlungen und Untersuchungen im Einzelfall
 - ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,
 - die Maßnahme mit erheblichen Schmerzen verbunden ist oder einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet.

51.1.6 ¹In Härtefällen kann die beihilfeberechtigte Person, auch für berücksichtigungsfähige Personen, auf Antrag Ersatz des notwendigen Aufwandes einschließlich des Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. ²Notwendig ist der geltend gemachte Aufwand nur dann, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person alle Möglichkeiten zur Minimierung des Aufwandes genutzt hat. ³Dazu gehört im Falle des Verdienstausfalls auch eine Verlegung der Arbeitszeit oder des Termins einer Untersuchung oder Begutachtung. ⁴Ein Härtefall in diesem Sinn liegt nur dann vor, wenn der Verzicht auf die Erstattung des notwendigen Aufwandes in angemessener Höhe der beihilfeberechtigten Person aus Fürsorgegründen nicht zugemutet werden kann.

51.1.7 ¹Kommt die beihilfeberechtigte Person, auch für berücksichtigungsfähige Personen, ihren Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die Festsetzungsstelle ohne weitere Ermittlungen die Beihilfen versagen oder entziehen. ²Dies gilt entsprechend, wenn die Aufklärung des Sachverhalts absichtlich erheblich erschwert wird.

51.1.8 ¹Beihilfeberechtigte Personen sind auf die möglichen Folgen mangelnder Mitwirkung vor dem Entzug der Leistungen schriftlich hinzuweisen. ²Ihnen

kann für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht eine angemessene Frist gesetzt werden.

51.1.9 Wird die Mitwirkung nachgeholt, ist die beantragte Beihilfe in Höhe des durch die Mitwirkung nachgewiesenen Anspruchs zu gewähren, soweit die Voraussetzungen für die Gewährung trotz verspäteter Erfüllung der Mitwirkungspflichten weiterhin vorliegen.

51.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

51.3 **Zu Absatz 3**

51.3.1 ¹Die BBhV verzichtet weitgehend auf bindende Formvorschriften für das Antragsverfahren. ²Damit wird den Festsetzungsstellen die Möglichkeit gegeben, ein auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmtes Verfahren zu gestalten. ³Auch die zu verwendenden Antragsformulare können nach den jeweiligen Anforderungen gestaltet werden. ⁴Unverzichtbar für die Beihilfebearbeitung sind persönliche Angaben zur Identifizierung der beihilfeberechtigten Person, Angaben zum Anspruch auf Bezüge und gegebenenfalls familienbezogene Zulagen (für die Prüfung des Beihilfeanspruchs und der Berücksichtigungsfähigkeit) und zu sonstigen Ansprüchen (zum Beispiel aus Krankenversicherungen oder Schadensersatzansprüchen bei Unfällen mit Ersatzpflicht Dritter).

51.3.2 ¹Die Vorschrift ermöglicht die elektronische Beihilfebearbeitung einschließlich der elektronischen Belegübermittlung und Bescheidversendung. ²Aus der Vorschrift ergibt sich kein Anspruch der beihilfeberechtigten Person auf eine bestimmte Verfahrensgestaltung.

51.3.3 In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.

51.3.4 ¹Aufwendungen für Halbwaisen können mit Zustimmung der Festsetzungsstelle zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. ²Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbwaisen bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung unverändert bestehen. ³Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 wird durch die gemeinsame Antragstellung nicht begründet.

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

51.4 **Zu Absatz 4**

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

51.5 **Zu Absatz 5**

51.5.1 ¹Grundsätzlich sind die eingereichten Belege zu vernichten. ²Die Vernichtung der Belege umfasst nicht nur die der Festsetzungsstelle in Papierform vorliegenden Belege, sondern auch die Löschung der gegebenenfalls elektronisch übersandten Belegdateien.

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

51.6 **Zu Absatz 6**

¹Die Regelung schafft keinen Beihilfeanspruch; der Beihilfeanspruch steht materiell unverändert der beihilfeberechtigten Person zu. ²Eine unbillige Härte kann unter anderem dann gegeben sein, wenn wegen des Getrenntlebens von beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen den berücksichtigungsfähigen Personen die Beihilfestellung durch die beihilfeberechtigte Person nicht zuzumuten ist. ³Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn befürchtet werden muss, dass die beihilfeberechtigte Person die Aufwendungen für seine berücksichtigungsfähigen Personen nicht oder nicht rechtzeitig beantragt oder die für Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Personen gewährten Beihilfen nicht zweckentsprechend einsetzt.

51.7 **Zu Absatz 7**

51.7.1 Die Antragsgrenze von 200 Euro gilt nicht, wenn die beihilfeberechtigte Person aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

51.7.2 ¹Zu Vermeidung von Härten kann die Festsetzungsstelle Ausnahmen von der Antragsgrenze zulassen. ²Mit dieser Regelung werden die Festsetzungsstellen in die Lage versetzt, im Rahmen einer Einzelfallprüfung oder für bestimm-

te Personengruppen festzulegen, ob insbesondere unter Berücksichtigung der Fürsorgepflicht ein Abweichen von der Antragsgrenze angezeigt ist.

51.8 **Zu Absatz 8**

¹Beihilfeberechtigten Personen können insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden. ²Dabei ist es ausreichend, wenn durch Unterlagen, zum Beispiel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers dokumentiert wird, dass eine hohe Belastung vor der Beihilfebeantragung entsteht (zum Beispiel Kauf eines Hilfsmittels mit einer sofort zu begleichenden Rechnung). ³Einzahlungsbelege als Grundlage für eine Abschlagszahlung sind nicht erforderlich.

52 **Zu § 52 Zuordnung der Aufwendungen**

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

52.2 ¹Nach Nummer 4 sind nur die Aufwendungen für das gesunde Neugeborene der Mutter zugeordnet. ²Darüber hinausgehende Aufwendungen, die durch eine Erkrankung des Kindes entstehen, sind davon nicht erfasst; diese Aufwendungen sind dem Kind zuzuordnen.

53 **(weggefallen)**

54 **Zu § 54 Antragsfrist**

54.1 **Zu Absatz 1**

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

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

54.1.1.2 Innerhalb von zwei Wochen nach dem Wegfall des Hindernisses ist sowohl der Beihilfeantrag nachzuholen als auch glaubhaft zu machen, dass weder die beihilfeberechtigte Person noch ihr oder sein Vertreter das Fristversäumnis zu vertreten hat.

- 54.1.1.3 ¹Ein Jahr nach Beendigung der versäumten Frist kann die Wiedereinsetzung nur dann beantragt werden, wenn dies vor Ablauf dieser Frist auf Grund höherer Gewalt unmöglich war. ²Höhere Gewalt liegt nur dann vor, wenn das Fristversäumnis auf ungewöhnlichen und unvorhersehbaren Umständen beruht und deren Folgen trotz aller Sorgfalt nicht hätten vermieden werden können.
- 54.1.2 ¹Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 95 SGB VIII, § 93 SGB XII oder § 27g BVG einen Beihilfeanspruch geltend machen. ²Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er der beihilfeberechtigten Person zusteht, auf den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge über. ³Eine Überleitung nach § 95 SGB VIII, § 93 SGB XII oder § 27g BVG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für die beihilfeberechtigte Person selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für ihre nicht getrennt lebenden Ehegattin, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten, ihrer nicht getrennt lebenden Lebenspartnerin oder ihren nicht getrennt lebenden Lebenspartner oder für die berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) der beihilfeberechtigten Person entstanden sind. ⁴In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und gegebenenfalls Anfechtungsklage zu erheben.
- 54.1.3 ¹Leitet der Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge nicht über, sondern nimmt die beihilfeberechtigte Person nach § 19 Absatz 5 SGB XII oder § 81b BVG im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur die beihilfeberechtigte Person den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist zulässig. ²Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge ist ausgeschlossen.
- 54.1.4 ¹Hat ein Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von § 51 Absatz 3 Satz 2 vor, wenn die Rechnung
- den Erbringer der Leistungen (zum Beispiel Heim, Anstalt),
 - die Leistungsempfängerin oder den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
 - die Art (zum Beispiel Pflege, Heilmittel) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
 - die Leistungshöhe
- enthält. ²Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. ³Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Trägers der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. ⁴In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Satz 3) und gegebenenfalls der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

54.2 **Zu Absatz 2**

Die Vorschrift soll beihilfeberechtigten Personen mit ausländischem Dienstort von Erschwernissen entlasten, die auf den Besonderheiten des dienstlichen Einsatzes beruhen (zum Beispiel längere Postlaufzeiten).

55 **Zu § 55 Geheimhaltungspflicht**

55.1 **Zu Absatz 1**

¹Gesetzliche Befugnisse zur Weitergabe personenbezogener Daten ergeben sich zum Beispiel aus den §§ 106, 108 und 111 BBG. ²Aus diesen Vorschriften ergibt sich jedoch grundsätzlich keine Berechtigung oder Verpflichtung zur Weitergabe von Gesundheitsdaten.

55.2 **Zu Absatz 2**

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

56 **Zu § 56 Festsetzungsstellen**

56.0 **Allgemein**

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

56.0.2 Werden beihilfeberechtigte Personen zu einer Dienststelle außerhalb der Bundesverwaltung abgeordnet, bleibt die bisherige Festsetzungsstelle weiterhin zuständig.

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

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

56.0.5 Mit der Wirksamkeit der Versetzungsverfügung ist die aufnehmende Behörde für die Beihilfegewährung zuständig.

56.0.6 Verlegt eine beihilfeberechtigte Person ihren Wohnsitz aus privaten Gründen ins Ausland, bleibt die für sie zuständige Festsetzungsstelle gegebenenfalls bis zu einer anderen Entscheidung der obersten Dienstbehörde weiterhin zuständig.

56.0.7 ¹Soweit nicht bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts ausnahmsweise eigene Dienstherreneigenschaft besitzen, ist Dienstherr der Bund (§ 2 BBG). ²Insoweit kann die Beihilfebearbeitung auch Festsetzungsstellen des Bundes außerhalb des eigenen Ressorts übertragen werden.

56.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

56.2 **Zu Absatz 2**
(unbesetzt)

56.3 **Zu Absatz 3**
(unbesetzt)

57 **Zu § 57 Verwaltungsvorschriften**

¹Die nach dieser Vorschrift zu erlassenden Verwaltungsvorschriften dienen der Vereinheitlichung der Rechtsanwendung. ²Sie werden im Gemeinsamen Ministerialblatt veröffentlicht.

58 **Zu § 58 Übergangsvorschriften**

58.1 **Zu Absatz 1**
(unbesetzt)

58.2 **Zu Absatz 2**

¹Nach § 4 Absatz 1 Satz 3 werden im Ausland erzielte Einkünfte der Ehegattin, der Lebenspartnerin, des Ehegatten oder des Lebenspartners einer beihilfeberechtigten Person nach § 3 (dienstlichem Wohnsitz im Ausland) nicht berücksichtigt. ²Das gilt auch bei der Prüfung, ob die Ehegattin, die Lebenspartnerin, der Ehegatte oder der Lebenspartner von dieser Übergangsvorschrift erfasst wird.

58.3 **Zu Absatz 3**

58.3.1 Diese Übergangsregelung trifft nur auf die berücksichtigungsfähigen Kinder einer beihilfeberechtigten Person zu, die tatsächlich im Wintersemester 2006/2007 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschrieben waren, solange das Studium andauert.

58.3.2 ¹Die Übergangsregelung ist auch in den Fällen weiter anzuwenden, wenn nach einem Bachelorabschluss ein anschließender Studiengang zum Master erfolgt. ²Wartesemester und vorgeschriebene studienbegleitende Maßnahmen wie zum Beispiel Praktika sind unschädlich, wenn während dieser Zeit keine versicherungspflichtige Tätigkeit aufgenommen wurde oder eine ununterbrochene Immatrikulation nachgewiesen wird.

58.3.3 Die Anwendung der Übergangsregelung führt nicht zu einer Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 46 Absatz 3 für die beihilfeberechtigte Person.

58.4 **Zu Absatz 4**
(unbesetzt)

58.5 **Zu Absatz 5**
(unbesetzt)

58.6 **Zu Absatz 6**

Diese Regelung führt nicht zu einer Veränderung der Verfahrensweise, sondern zeichnet nur die Veränderungen der Bezeichnungen in den Regelungen der Auslandsbesoldung durch das Dienstrechtsneuordnungsgesetz nach.

58.7 **Zu Absatz 7**

58.7.1 ¹Keinen Zuschuss im Sinne von § 47 Absatz 6 Satz 2 in der bis zum 19. September 2012 gültigen Fassung stellt eine Beitragserstattung nach § 9 Absatz 1 MuSchEltZV und der Festbetrag nach § 2 Absatz 1 der BDZV sowie ein Zuschuss nach § 92 Absatz 5 BBG bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung dar. ²Eine derartige Beitragserstattung oder ein derartiger Zuschlag hat somit keine Auswirkungen auf den Beihilfebemessungssatz.

58.7.2 Für freiwillig versicherte Beamtinnen und Beamte, die in der knappschaftlichen Krankenversicherung beschäftigt sind und für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Personen nach § 14 SGB V Leistungen aus der Teilkostenerstattung nach § 65 der Satzung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (und damit eine den Prozenttarifen der PKV entsprechende Erstattung) erhalten, gelten die Bemessungssätze des § 46 Absatz 2.

58.8 **Zu Absatz 8**

(unbesetzt)

59 **Zu § 59 Inkrafttreten**
(unbesetzt)

60 **Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Juli 2013 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Rechtsverordnung über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 14. Februar 2009 (GMBI S. 138), die durch Artikel 1 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift vom 17. Dezember 2009 (GMBI 2010 S. 319) geändert worden ist, außer Kraft.

Berlin, den 13. Juni 2013
D 6 - 30111/1#2
Der Bundesminister des Innern
Im Auftrag
Dr. Hofmann

Anhang 1
(zu den Nummern 5.4 und 46.3)

Absender Festsetzungsstelle

Festsetzungsstelle des Ehegatten/Lebenspartners

**Mitteilung zum Bezug von Beihilfen für berücksichtigungsfähige Kinder
und des erhöhten Bemessungssatzes (§§ 4, 5 und 46 BBhV)**

1. Beihilfeberechtigte Person

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

2. Ehegatte/Lebenspartner

Familienname, Vorname, Geburtsdatum

Beschäftigungsbehörde/Dienststelle

Die unter 1. genannte beihilfeberechtigte Person erhält für folgende berücksichtigungsfähige Kinder Beihilfen und – bei zwei und mehr Kindern – den erhöhten Bemessungssatz (§ 5 Absatz 4 und § 46 Absatz 3 BBhV)

Familienname	Vorname	Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 2
(zu Nummer 18.2)

Formblätter zum Verfahren bei ambulanter Psychotherapie

Formblatt 1 (zu Nummer 18.2.2)

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Anonymisierungscode der beihilfeberechtigten Person

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

Ort, Datum

(Unterschrift der beihilfeberechtigten Person)

II. Auskunft über die Patientin / den Patienten

- A) Wer wird behandelt?
(beihilfeberechtigte Person/Ehefrau/Lebenspartnerin/Ehemann/
Lebenspartner/Sohn/Tochter)

Alter:

- B) Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Frau/Herrn

.....,

der Fachgutachterin / dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben, entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht der Ärztin / des Arztes oder der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutinnen oder Therapeuten genannt) und bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin / der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Ort, Datum

.....
(Unterschrift der Patientin / des Patienten oder
der gesetzlichen Vertreterin / des gesetzlichen Vertreters)

Bescheinigung der Therapeutin oder des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- Erstbehandlung Verlängerung/Folgebehandlung
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Von _____ bis _____ Anzahl der Sitzungen _____

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

_____ Anzahl der Einzelsitzungen _____ Anzahl der Gruppensitzungen

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

ja nein _____ Anzahl der Sitzungen

6. Gebührenziffern:

Gebühr je Sitzung _____

Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. **Ärztinnen und Ärzte** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

Eine Berechtigung zur Behandlung

- in Gruppen
- von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

2. Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten

(Zutreffendes ankreuzen)

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

Datum der Approbation _____ als

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

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

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

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG)

Liegt

a) eine KV-Zulassung vor? ja nein

KV-Zulassungsnummer: _____ , bei welcher KV? _____

b) ein Eintrag in das Ärzteregister vor?

ja nein , bei welcher KV? _____

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

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

Datum der Approbation _____ als

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

KV-Zulassungsnummer: _____ , bei welcher KV? _____

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV _____

Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit den Nummern 3.3, 3.5 und 4.3 der Anlage 2 zur BBhV und § 95c Satz 2 Nummer 3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben.

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

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

ja nein

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

Name und Ort des Institutes: _____

Datum des Abschlusses: _____

Ort, Datum _____

(Unterschrift und Stempel der Therapeutin/des Therapeuten)

Formblatt 2 (zu Nummer 18.2.2)

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

Bericht

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

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

I. Angaben über die Patientin / den Patienten

Anonymisierungscode (von der Festsetzungsstelle vorgegeben)		Familienstand
Alter	Geschlecht	Beruf

II. Angaben über die Behandlung

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

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

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

Psychopathologischer Befund (zum Beispiel Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).

3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese, oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin oder des Patienten in ihrer oder seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei K.+J auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.
5. **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biographie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben.

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

Bericht zum Fortführungsantrag

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

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

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen der Patientin oder des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten gegebenenfalls auch Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten. (Warum kommt die Patientin oder der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)

2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin oder des Patienten und Krankheitsanamnese:**

- a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
- b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
- c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
- d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

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

3. **Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)

- a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
- b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
- c) Psychopathologischer Befund (zum Beispiel Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der amnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).

4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensexzessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.

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

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

6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose auf Grund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.

7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.

8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

Bericht zum Fortführungsantrag

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

....., den

.....

(Stempel und Unterschrift
der Therapeutin oder des Therapeuten)

Formblatt 3 (zu Nummer 18.2.2)

Anonymisierungscode

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

Name der Therapeutin / des Therapeuten

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme

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

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

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (zum Beispiel laufende Medikation):

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

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

Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erfolgt veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich-veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

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

ja nein

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift der Ärztin / des Arztes

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

Formblatt 4 (zu Nummer 18.2.5)

(Festsetzungsstelle)

┌ (Anschrift der Gutachterin / des Gutachters) ┐

└ ┘

Beihilfe

Psychotherapie-Gutachten

- Anlg.:** 1 Antrag (Formblatt 1)
1 Bericht der Therapeutin / des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag
1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 5 - dreifach)
1 Freiumschlag

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

ich bitte um gutachtliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung

Anonymisierungscode

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

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt

(Gutachten vom Anzahl der Sitzungen

Name der Gutachterin oder des Gutachters

.....*)

Ihr Gutachten bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 5 nebst einer Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41,00 Euro zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

*) Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

Formblatt 5 (zu Nummer 18.2.5)

Psychotherapie-Gutachten

für
(Anonymisierungscode)

Auftragsschreiben vom

Stellungnahme:

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig
zugesagt werden?

1. für den Patienten / die Patientin

2. für die begleitende Psychotherapie der
Bezugsperson

Einzelsitzungen	Gruppensitzungen

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

Formblatt 6 (zu Nummer 18.2.6)

(Festsetzungsstelle)

.....

┌ (Anschrift der beihilfeberechtigten Person oder
der oder des Bevollmächtigten) ┐

└ ┘

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

auf Grund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

- tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
- analytischen Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

für.....durch.....
(Name der Patientin / des Patienten) (Name der Therapeutin / des Therapeuten)

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

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

nach Maßgabe der Beihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannt.

Rechtsbehelfsbelehrung:

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

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Anhang 3
(zu Nummer 35.1.4)

1. Kurortverzeichnis Inland

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

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624	Bederkesa	G	Moorheilbad
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806	Belzig	Belzig	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge, Frankenhammer, Kutschenrangen, Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bernkastel-Kues	54470	Bernkastel-Kues	Stadtteil Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneipp- kurort
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Birnbach	84364	Bad Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofsgrün	95493	Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440	Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389	Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087	Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen-

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
				Kurbetrieb
Boltenhagen	23944	Ostseebad Boltenhagen	G	Seeheilbad
Boppard	56154	Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippheilbad Heilbad
Borkum	26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-) Heilbad
Bramstedt	24576	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
Breisig	53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippkurort
Brückenaus	97769	Bad Brückenaus	G - sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-) Heilbad
Buckow	15377	Buckow	G - ausgenommen der Ortsteil „Hasen- holz“	Kneippkurort
Bünde	32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heil- quelle und Moor)
Büsum	25761	Büsum	Büsum	Seeheilbad
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehmarn	23769	Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad
C				
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Colberg-Heldburg	98663	Bad Colberg - Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Cuxhaven	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
D				
Dahme	23747	Dahme	Dahme	Seeheilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582	Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209	Bad Doberan	Bad Doberan Heiligendamm	(Moor-) Heilbad Seeheilbad
Driburg	33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	(Moor-) Heilbad
Dürkheim	67098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-) Heilbad und Heilklimatischer Kurort
E				
Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Heilbad
Elster	04645	Bad Elster	Bad Elster, Sohl	Mineral- und Moorheil- bad
Ems	56130	Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Emstal	34308	Bad Emstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080	Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83093	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Heilbad
Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
F				
Fallingbostel	29683	Fallingbostel	Fallingbostel	Kneippheilbad
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Finsterberg	99898	Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	K	Sole-Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Freudenstadt	72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort
Füssing	94072	Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Eggfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	Heilbad

G

Gaggenau	76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-
----------	-------	----------	---------------	----------------------

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
				Kurbetrieb
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467	Garmisch-Partenkirchen	G - ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippheilbad
Gladenbach	35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Seeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal Weghof	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Seeheilbad
Grönenbach	87728	Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, in der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhoven, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Öl- mühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldeck b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Seeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilbad
H				
Haffkrug- Scharbeutz	23683	Haffkrug- Scharbeutz	Haffkrug	Seeheilbad
Haigerloch	72401	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen-

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
				Kurbetrieb
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Heilbrunn	83670	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberezenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterezenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	K	Heilbad
Heringsdorf	17442	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-) Heilbad
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251	Bad Hersfeld	K	Heilbad
Hille	32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Hindelang	87541	Bad Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Ried- le, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Hitzacker	29456	Hitzacker	Hitzacker	Kneippkurort
Höchenschwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Seeheilbad
Homburg	61348	Bad Homburg	K	Heilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Horn	32805	Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J				
Juist	26571	Juist	G	Nordseeheilbad
K				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Bad Wilhelmshöhe	Kneippheilbad und Thermal-Sole-Heilbad
Kellenhusen	23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K, Falkenstein	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzing	93444	Bad Kötzing	Stadtteil Kötzing	Kneippheilbad und Kneippkurort
Kohlgrub	82433	Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	83708	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	55543	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	79189	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Krumbach	86381	Krumbach (Schwaben)	B - Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
L				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	56112	Lahnstein	Stadtteil Lahnstein auf der Höhe	Heilquellen-Kurbetrieb
Langensalza	99947	Bad Langensalza	K	Schwefel-Sole-Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	Bad Lausick	Heilbad
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	K	Heilbad
Liebenwerda	04924	Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	Lobenstein	Lobenstein	Moor- Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb

M

Malente	23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	56470	Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Ma- rienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim,	Kneippheilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
			Marienberg sowie die Bahntrasse Erbach- Bad Marienberg)	
Marktschellenberg	83487	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666	Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mettlach	66693	Mettlach	Orscholz	Heilklimatischer Kurort
Mölln	23879	Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116	Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Münder	31848	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Münster/Stein	55583	Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Murnau	82418	Murnau a. Staffelsee	B - Ludwigsbad Murnau	Moorkurbetrieb
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
N				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad, Kneippkurort
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B - Badehaus Maiersreuth / Sibyllenbad	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Neubulach	75386	Neubulach	Neubulach	Heilstollen- Kurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr- Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D a. d. Donau	93333	Neustadt	Bad Gögging	Heilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale, Salzburg	Heilbad
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norden	26506	Norden	Norddeich, Westermarsch II	Nordseeheilbad
Norddorf	25946	Norddorf/Amrum	Norddorf	Seeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Seeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort

O

Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gru- ben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reu- te, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619	Bad Orb	K	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort

P

Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal- Griesbach	77740	Bad Peterstal- Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Porta Westfalica	32457	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
Preußisch Olden-	32361	Preußisch Olden-	Bad Holzhausen	Heilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
dorf		dorf		
Prien	83209	Prien a. Chiemsee	G - ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Ge- meindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pyrmont	31812	Bad Pyrmont	K	Heilbad
R				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenuau	74906	Bad Rappenuau	Bad Rappenuau	(Sole-) Heilbad
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau- Schapbach	77776	Bad Rippoldsau- Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
S				
Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	K	Heilbad
Salzuflen	32105	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Kneippkurort
Sassendorf	59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulgau	88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Bad Schandau, Krippen, Ostrau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad
Scheidegg	88175	Scheidegg	G	Kneippkurort und Heil- klimatischer Kurort
Schieder	32816	Schieder- Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	65388	Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301	Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	a) Fredeburg b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömburg	75328	Schömburg	Schömburg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471	Schönau a. Königsee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217	Schönberg	Holm	Heilbad und Kneipp- kurort
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Schönebeck- Salzmen	39624	Schönebeck- Salzmen	G	Heilbad
Schönwald	78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-) Heilbad
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B - Adelholzener Primusquelle	Heilquellen-Kurbetrieb
Sinzig	53489	Sinzig	Bad Bodendorf	Heilbad
Sobernheim	55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Felke-Heilbad
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628	Bad Soden- Salmünster	K	Heilbad
Soltau	29614	Soltau	B	(Sole-) Heilbad
Sooden-Allendorf	37242	Bad Sooden- Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad und Mineralheilbad
Staffelstein	96226	Bad Staffelstein	G	Heilbad
Steben	95138	Bad Steben	G	Heilbad
Stützerbach	98714	Stützerbach	Stützerbach	Kneippkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Suderode	06507	Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	(Moor- u. Sole-) Heil- bad
Sulza	99518	Bad Sulza	Bad Sulza	Sole-Heilbad

T

Tabarz	99891	Tabarz	G	Kneipp-Kurort
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach- Zavelstein	75385	Bad Teinach- Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268	Templin	Templin	Thermalssoleheilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquellenkur- betrieb
Thyrnau	94136	Thyrnau	B - Sanatorium Kellberg	Mineralquellen- Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
Todtmoos	79682	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646	Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Moorheilbad und Heil- klimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B - Altmühltherme/Lambertusbad	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Triberg	78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U				
Überkingen	73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
V				
Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Varel	26316	Varel	B - Dangast	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Villingen- Schwenningen	78050	Villingen- Schwen- ningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heil- quelle und Moor)

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
W				
Waldbronn	76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486	Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414	Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heil- quelle)
Waren (Müritz)	17192	Waren (Müritz)	G	Heilbad
Warmbad	09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Weißensstadt am See	95163	Weißensstadt am See	Kurzentrum Weißensstadt	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Wenningstedt	25996	Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildemann	38709	Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	34537	Bad Wildungen	a) K b) Reinhardshausen	Heilbad Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Willingen	34508	Willingen	a) K b Usseln	Heilklimatischer Kurort Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	Thermal- und Moor-

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
				heilbad
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-) Heilbad
Windsheim	91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimermühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946	Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wünnenberg	33181	Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-) Heilbad
Wyk a. F.	25938	Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad

Z

Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Seeheilbad
Zwesten	34596	Bad Zwesten	K	Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Heilbad

*) _____

B = Einzelkurbetrieb

G = gesamtes Gemeindegebiet

K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

2. Register der Kurorte (Ortsteile),

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

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

Kurort ohne Zusatz „Bad“

aufgeführt bei

C

Cannstadt Stuttgart

D

Dangast Varel

Detfurth Salzdettfurth

Dietersberg Oberstdorf

Dobra Liebenwerda

Dürnöd Füssing

E

Ebene Oberstdorf

Eckarts Brückenau

Eckenhagen Reichshof

Egg Grönenbach

Eggfing a. Inn Füssing

Einödsbach Oberstdorf

Eisenbartling Endorf

Eitlöd Füssing

Eldern Ottobeuren

Elkeringhausen Winterberg

Erbach Wimpfen

F

Faistenoy Oberstdorf

Faulenbach Füssen

Faulenfürst Schluchsee

Fischbach Schluchsee

Fleckinger Mühle Wimpfen

Flickenöd Füssing

Frankenhammer Berneck

Fredeburg Schmallingenberg

G

Gailenberg Hindelang

Gemünd Schleiden

Germete Warburg

Kurort ohne Zusatz „Bad“

aufgeführt bei

Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a.d. Donau
Gottenried	Oberstdorf
Graben	Heilbrunn
Greit	Grönenbach
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Groß	Hindelang
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf

H

Hahnenklee	Goslar
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Hausberge	Porta Westfalica
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hermannsborn	Driburg
Hiddesen	Detmold
Hinterstallau	Heilbrunn
Hinterstein	Hindelang
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am See	Füssen
Hopfenberg	Petershagen
Horumersiel	Wangerland

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Hub	Füssing
Hub	Heilbrunn
Hueb	Grönenbach
I	
Imnau	Haigerloch
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing
J	
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach
K	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimermühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornofen	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krippen	Schandau
Krummsee	Malente
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck
L	
Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Liebenstein	Hindelang
Linden	Heilbrunn

Kurort ohne Zusatz „Bad“

aufgeführt bei

M

Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenbach
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönborn
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn

N

Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
Norddeich	Norden

O

Oberbuchen	Heilbrunn
Oberdorf	Hindelang
Oberenzenau	Heilbrunn
Oberes Hart	Wörishofen
Oberfischbach	Tölz
Obergammenried	Wörishofen
Oberjoch	Hindelang
Obermühl	Heilbrunn
Oberreuthen	Füssing
Obersteinbach	Heilbrunn
Obertal	Baiersbronn
Ölmühle	Grönenbach
Oos	Baden-Baden
Orscholz	Mettlach
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau

P

Pichl	Füssing
-------	---------

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Pimsöd	Füssing
Poinzaun	Füssing
R	
Rachental	Endorf
Ramsau	Heilbrunn
Randringhausen	Bünde
Raupolz	Grönenbach
Rechberg	Grönenbach
Reckenberg	Hindelang
Reichenbach	Waldbronn
Reindlschmiede	Heilbrunn
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing
Riedle	Hindelang
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau
Rothenstein	Grönenbach
Rothenuffeln	Hille
S	
Safferstetten	Füssing
Saig	Lenzkirch
Salzburg	Neustadt a. d. Saale
Salzhausen	Nidda
Salzig	Boppard
Sand	Emstal
Schieferöd	Füssing
Schillig	Wangerland
Schöchlöd	Füssing
Schönau	Heilbrunn
Schöneschach	Wörishofen
Schwand	Oberstdorf
Schwarzenberg-Schönmünzach	Baiersbronn

Kurort ohne Zusatz „Bad“ **aufgeführt bei**

Schwenden	Grönenbach
Sebastiansweiler	Mössingen
Seebruch	Vlotho
Seefeld	Grönenbach
Senkelteich	Vlotho
Sohl	Elster
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf

T

Thalau	Füssing
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andernach
Tönisstein	Burgbrohl

U

Unterbuchen	Heilbrunn
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Unterjoch	Hindelang
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterreuthen	Füssing
Usseln	Willingen

V

Valdorf-West	Vlotho
Vogelherd	Heilbrunn
Voglöd	Füssing
Vorderhindelang	Hindelang

W

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

Kurortverzeichnis EU-Ausland

Bulgarien

Seebad Goldstrand

Frankreich

Aix-les-Bains

Amélie-les-Bains

Cambo-les-Bains

Dax

La Roche-Posay

Italien

Abano Terme

Galzignano

Ischia

Montegrotto

Lettland

Jurmale

Litauen

Druskininkai

Österreich

Badgastein

Hall in Tirol

Bad Hofgastein

Bad Schönau

Bad Waltersdorf

Oberlaa

Polen

Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroj

Kolberg / Kolobrzeg

Swinemünde

Ustron

Rumänien

Bad Felix / Baile Felix

Slowakei

Bojnice

Piestany

Turčianske Teplice

Spanien

Archena (Murcia)

Tschechien

Bad Belohrad / Lázně Bělohrad

Bad Joachimsthal / Jáchymov

Bad Teplitz / Lázně Teplice v Čechách

Franzensbad / Frantiskovy Lázně

Johannisbad / Janské Lázně

Karlsbad / Karlovy Vary

Konstantinsbad / Konstantinovy Lázně

Luhačovice

Marienbad / Mariánské Lázně

Ungarn

Bad Heviz

Bad Zalakaros

Bük

Hajdúszoboszló

Komarom

Sarvar

Vereinigtes Königreich

Bath

Kurortverzeichnis Ausland

Kurorte am Toten Meer

Ein Boqeq

Sweimeh

Sdom

