

Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO)

**vom 22. Juni 2011 (GVBl. S. 199) in der ab 1. Januar 2013 geltenden Fassung
der Vorgriffsregelung zur Änderung von Teil 3 der BVO vom 12. Dezember 2012
(MinBl. 2012, S. 450)**

Aufgrund des § 66 Abs. 5 des Landesbeamtengesetzes vom 20. Oktober 2010
(GVBl. S. 319, BS 2030-1) wird im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern,
für Sport und Infrastruktur verordnet:

Teil 1

Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Anwendungsbereich, Zweckbestimmung
- § 2 Rechtsnatur der Beihilfen
- § 3 Beihilfeberechtigte Personen
- § 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige
- § 5 Beihilfen nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person
- § 6 Konkurrenzen
- § 7 Öffentlicher Dienst
- § 8 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
- § 9 Nachrang des Beihilfeanspruchs
- § 10 Sonderbestimmungen für Mitglieder von Krankenkassen im Sinne des
§ 4 Abs. 2 SGB V

Teil 2

Aufwendungen in Krankheitsfällen

- § 11 Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische und heilpraktische Leistungen
- § 12 Zahntechnische Leistungen
- § 13 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- § 14 Implantologische Leistungen

- § 15 Wartezeiten
- § 16 Kieferorthopädische Leistungen
- § 17 Psychotherapeutische Leistungen
- § 18 Psychosomatische Grundversorgung
- § 19 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- § 20 Verhaltenstherapie
- § 21 Arznei- und Verbandmittel
- § 22 Heilbehandlungen
- § 23 Komplextherapien
- § 24 Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern
- § 25 Wahlleistungen neben Krankenhausleistungen
- § 26 Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung
- § 27 Häusliche Krankenpflege
- § 28 Teilstationäre und stationäre Versorgung in einem Hospiz
- § 29 Familien- und Haushaltshilfe
- § 30 Fahrtkosten
- § 31 Erste Hilfe und Entseuchung
- § 32 Unterkunftskosten bei auswärtiger Behandlung
- § 33 Organspende
- § 34 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

Teil 3

Aufwendungen in Pflegefällen

- § 35 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
- § 36 Häusliche Pflege
- § 37 Teilstationäre Pflege
- § 38 Kurzzeitpflege
- § 39 Vollstationäre Pflege
- § 40 Pflegehilfsmittel
- § 41 Einrichtungen der Behindertenhilfe
- § 42 Zusätzliche Betreuungsleistungen

Teil 4

Aufwendungen für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge

- § 43 Früherkennung und Vorsorge
- § 44 Impfungen

Teil 5

Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren

- § 45 Sanatoriumsbehandlung
- § 46 Anschlussheilbehandlung
- § 47 Heilkur
- § 48 Fahrtkosten aus Anlass von Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren

Teil 6

Aufwendungen bei Schwangerschaft, Geburt und künstlicher Befruchtung

- § 49 Schwangerschaft und Geburt
- § 50 Künstliche Befruchtung

Teil 7

Aufwendungen bei Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbrüchen und Sterilisationen

- § 51 Empfängnisregelung
- § 52 Schwangerschaftsabbruch
- § 53 Sterilisation

Teil 8

Aufwendungen in Todesfällen

§ 54 Todesfälle

Teil 9

Aufwendungen im Ausland

§ 55 Behandlung im Ausland

§ 56 Sanatoriumsbehandlung, Anschlussheilbehandlung und Heilkur im Ausland

Teil 10

Leistungsumfang und Verfahren

§ 57 Bemessung der Beihilfen

§ 58 Abweichender Bemessungssatz

§ 59 Begrenzung der Beihilfen

§ 60 Kostendämpfungspauschale

§ 61 Ausnahmen von der Kostendämpfungspauschale

§ 62 Verfahren

§ 63 Abschlagszahlungen

§ 64 Antragsfrist

§ 65 Verwaltungsvorschriften

Teil 11

Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 66 Übergangsbestimmungen

§ 67 Inkrafttreten

Anlage 1 Beihilfefähigkeit wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter
(zu § 8 Abs. 8) Methoden

Anlage 2 Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen
(zu den §§ 17 bis und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
20)

Anlage 3 Beihilfefähigkeit und Angemessenheit von Heilbehandlungen
(zu § 22)

Anlage 4 Beihilfefähigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen für
(zu § 34) Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle
sowie Körperersatzstücke

Teil 1

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Anwendungsbereich, Zweckbestimmung

(1) Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in den in § 66 des Landesbeamtengesetzes (LBG) vom 20. Oktober 2010 (GVBl. S. 319, BS 2030-1) vorgesehenen Fällen. Die Beihilfen ergänzen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

(2) Beihilfen werden nach Maßgabe dieser Verordnung zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen als Vomhundertsatz oder als Pauschale gewährt.

§ 2

Rechtsnatur der Beihilfen

Auf die Beihilfen besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch ist vererblich. Er kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden. Abweichend von Satz 3 ist die Pfändung durch Gläubiger bezüglich des für ihre Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrages einer Beihilfe zulässig.

§ 3

Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind die in § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 LBG genannten Personen, wenn und solange diese Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten.

(2) Abweichend von Absatz 1 besteht Beihilfeberechtigung auch, wenn Bezüge

1. wegen Elternzeit,
2. wegen Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften oder

3. während eines Urlaubs, der die Dauer von 30 Kalendertagen nicht überschreitet, nicht gezahlt werden.

(3) Im Falle des Todes einer beihilfeberechtigten Person gilt § 5.

(4) Beihilfeberechtigt sind nicht:

1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte,
2. Beamtinnen und Beamte, die auf Zeit für weniger als ein Jahr beschäftigt werden; dies gilt nicht für Bedienstete, die auch ohne eine Beschäftigung im öffentlichen Dienst beihilfeberechtigt sind oder die bereits länger als ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst stehen,
3. Personen, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen, und
4. Personen, die Übergangsgeld nach § 47 oder § 47 a des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) in der Fassung vom 16. März 1999 (BGBl. I S. 322, 847, 2033) in der bis zum 31. August 2006 geltenden Fassung, einen Unterhaltsbeitrag aufgrund disziplinarrechtlicher Regelungen oder Gnadenunterhaltsbeiträge empfangen.

§ 4

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Ehegattinnen und Ehegatten sowie Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von beihilfeberechtigten Personen sind berücksichtigungsfähig. In den Fällen der §§ 11 bis 46, 48 und 50 bis 53 gilt dies nur, wenn deren Einkünfte (§ 2 Abs. 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbare ausländische Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe bei

1. vor dem 1. Januar 2012 eingegangenen Ehen und Lebenspartnerschaften 20450,00 EUR und
2. nach dem 31. Dezember 2011 eingegangenen Ehen und Lebenspartnerschaften den steuerrechtlichen Grundfreibetrag nach § 32a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 des Einkommensteuergesetzes

nicht übersteigen. Werden diese Beträge im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, ist die Ehegattin oder der Ehegatte sowie die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Auf Verlangen der Festsetzungsstelle ist die Höhe der Einkünfte nachzuweisen. Satz 2 Nr. 2 gilt nicht für Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Leistungsausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung).

(2) Kinder der beihilfeberechtigten Personen sind berücksichtigungsfähig, wenn sie im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz in der Fassung vom 6. August 2002 (BGBl. I S. 3020) in der bis zum 31. August 2006 geltenden Fassung berücksichtigungsfähig sind. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, für die der Anspruch auf den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag nur entfällt, weil das Kindergeld oder der Kinderfreibetrag wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte und Bezüge (§ 32 Abs. 4 Satz 2 des Einkommensteuergesetzes) nicht gewährt wird. Für Kinder einer beihilfeberechtigten Person, in deren Bezügen kein Familienzuschlag enthalten ist, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend, sofern die sachlichen Voraussetzungen für eine Berücksichtigungsfähigkeit der Kinder beim Familienzuschlag gegeben wären.

(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sowie Geschwister der beihilfeberechtigten Person oder ihrer Ehegattin, ihres Ehegatten, ihrer Lebenspartnerin oder ihres Lebenspartners sind nicht berücksichtigungsfähig.

§ 5

Beihilfen nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person

Stirbt die beihilfeberechtigte Person, erhält die Beihilfen zu den bis zum Tod entstandenen Aufwendungen die Erbin, der Erbe oder die Erbengemeinschaft.

Konkurrenzen

(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt

1. eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs sowie
2. die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger aus.

(2) Die Beihilfeberechtigung aufgrund eines neuen Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung aufgrund eines älteren Versorgungsanspruchs aus; bei gleichzeitigem Beginn zweier Versorgungsansprüche schließt die Beihilfeberechtigung aus dem jüngeren die aus dem älteren Dienstverhältnis aus. Die Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs aus einem eigenen Dienstverhältnis schließt die Beihilfeberechtigung aufgrund eines Anspruchs als Witwe oder hinterbliebene Lebenspartnerin oder Witwer oder hinterbliebener Lebenspartner aus.

(3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht

1. der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und
2. der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger vor. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung ist der bei Teilzeitbeschäftigten zu quotelnde Beihilfeanspruch.

(4) Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 gelten entsprechend für berücksichtigungsfähige Angehörige, die bei Zuwendungsempfängern tätig sind, die zu mehr als 50 v. H. aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilfenrecht des Bundes oder eines Landes anwenden.

(5) Ein Kind, das bei mehreren beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig ist, wird bei der Person berücksichtigt, die den entsprechenden Anteil des Familienzuschlags nach dem Bundesbesoldungsgesetz in der bis zum 31. August 2006 geltenden Fassung oder vergleichbare Vergütungsbestandteile erhält oder die sachlichen Voraussetzungen für den Familienzuschlag erfüllt.

(6) Die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 Abs. 1 schließt die nach § 4 Abs. 2 aus.

§ 7

Öffentlicher Dienst

Öffentlicher Dienst im Sinne dieser Verordnung ist die hauptberufliche Tätigkeit im Dienste des Bundes, eines Landes, einer Gemeinde, eines Gemeindeverbandes oder anderer Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts oder der Verbände von solchen, ausgenommen die Tätigkeit bei öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften und ihren Verbänden.

§ 8

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, wenn sie medizinisch notwendig und der Höhe nach angemessen sind und ihre Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

(2) Ob Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und medizinisch notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung kann eine Beihilfe nicht gewährt werden. Abweichend von Satz 1 ist bei zahnärztlicher Behandlung die Angabe der Diagnose nur erforderlich bei

1. funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (§ 13) und
2. implantologischen Leistungen in den Fällen des § 14 Abs. 1.

(3) Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen

1. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),
2. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und
3. der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOÄ oder § 2 Abs. 1 GOZ erbracht werden, sind grundsätzlich nur nach den

Vorgaben des Satzes 2 beihilfefähig. Aufwendungen für heilpraktische Leistungen sind angemessen bis zum 2,3-fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte vergleichbarer ärztliche Leistungen.

(4) Das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium kann mit Personen oder Einrichtungen, die beihilfefähige Leistungen im Sinne dieser Verordnung erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Herstellern von Arznei- und Hilfsmitteln, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüsse Vereinbarungen über Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlichen Krankenfürsorge liegt. Dabei können auch Preisnachlässe und feste Preise vereinbart werden. Vereinbarungen, die gesetzliche oder private Krankenkassen oder deren Zusammenschlüsse mit Leistungserbringern im Interesse einer wirtschaftlichen Leistungserbringung geschlossen haben, kann das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium beitreten. Werden von solchen Vereinbarungen erfasste Leistungen für die beihilfeberechtigten Personen und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erbracht, beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen insoweit nach den Vergütungsregelungen, die mit den Vereinbarungen getroffen sind. Vereinbarungen, mit denen Rückzahlungen von Teilen der Leistungsentgelte unmittelbar an den Dienstherrn vereinbart werden, sind für die Angemessenheit der Aufwendungen unbeachtlich.

(5) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung nach § 3 Abs. 1 oder Abs. 2 besteht und Angehörige nach § 4 berücksichtigungsfähig sind. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(6) Sind beihilfeberechtigte Personen oder berücksichtigungsfähige Angehörige in einem

1. Basistarif (§ 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -SGB V-) oder

2. Standardtarif (§ 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 3 SGB V)

versichert, beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die zum Leistungsumfang ihres Versicherungsvertrages gehören, nach den in den Verträgen nach § 75 Abs. 3b Satz 1 SGB V vereinbarten Gebührenregelungen. Solange keine vertraglichen Ge-

bührenregelungen vorliegen, gelten die gesetzlichen Vorgaben des § 75 Abs. 3a Satz 2 und 3 SGB V.

(7) Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit einer oder eines nahen Angehörigen; als nahe Angehörige gelten Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen, Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person; Aufwendungen zum Ersatz der oder dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig,
2. Aufwendungen, die bereits aufgrund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 6 Abs. 3 Satz 1) beihilfefähig sind,
3. Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ erbracht werden,
4. Aufwendungen für den Besuch schulischer oder vorschulischer Einrichtungen, hierzu zählen auch Werkstätten für behinderte Menschen,
5. Aufwendungen für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen und
6. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Eigenanteile.

(8) Aufwendungen für Untersuchungen oder Behandlungen nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode sind in den Fällen

1. der Anlage 1 Nr. 1 nicht beihilfefähig (Ausschluss) und
2. der Anlage 1 Nr. 2 nur unter den jeweiligen dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig (Teilausschluss).

§ 9

Nachrang des Beihilfeanspruchs

(1) In Fällen, in denen einer Person aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses Heilfürsorge, Krankenhilfe, eine Geldleistung oder Kostenerstattung zusteht, sind Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung nur insoweit beihilfefähig, als sie über die zustehenden Leistungen hinausgehen.

(2) Absatz 1 gilt nicht für

1. Aufwendungen, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 98 des Landesbeamtengesetzes in der Fassung vom 14. Juli 1970 (GVBl. S. 241), zuletzt geändert durch § 142 Abs. 6 und § 145 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 Satz 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Oktober 2010 (GVBl. S. 319), BS 2030-1a, zum Übergang des Schadensersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt,
2. nach § 10 Abs. 2, 4 und 5 des Bundesversorgungsgesetzes zustehende Leistungen und
3. Ansprüche, die der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person gegen eine in die häusliche Gemeinschaft aufgenommene Angehörige oder einen in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Angehörigen zustehen.

(3) Ist die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V, sind die beihilfefähigen Aufwendungen um die hierauf entfallenden Leistungen der Krankenkasse zu kürzen. Abweichend von Satz 1 sind Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen stets um den höchstmöglichen Festzuschuss der gesetzlichen Krankenkasse (§ 55 Abs. 1 SGB V) zu kürzen.

(4) Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen (§ 45), Anschlussheilbehandlungen (§ 46) oder Heilkuren (§ 47) in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Rentenversicherung versicherter Personen, an deren Beiträgen der Arbeitgeber beteiligt ist, können nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn

1. der Träger der Rentenversicherung die Durchführung eines Heil- oder Kurverfahrens zuvor abgelehnt hat und
2. die Krankenkasse eine Kostenbeteiligung abgelehnt oder einen Zuschuss schriftlich bewilligt hat.

Im Übrigen finden die §§ 45 bis 47 Anwendung.

§ 10

Sonderbestimmungen für Mitglieder von Krankenkassen im Sinne des
§ 4 Abs. 2 SGB V

(1) Personen, die Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und aus demselben Beschäftigungsverhältnis sowohl beihilfeberechtigt als auch pflichtversichert sind, sind für sich und ihre nach § 4 berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die nach § 10 SGB V versichert oder in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, ausschließlich auf die ihnen zustehenden Leistungen der Krankenkassen angewiesen. Als zustehende Leistungen gelten auch die gesetzlich vorgesehene Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und die Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch. In den Fällen, in denen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen nur ein Zuschuss geleistet wird, sind die geltend gemachten Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig.

(2) Aufwendungen, die dadurch entstanden sind, dass Personen nach Absatz 1 Satz 1

1. die zustehenden Leistungen der Krankenkassen nicht in Anspruch nehmen,
2. eine Versorgung wählen, die über die zustehenden Leistungen hinausgeht, oder
3. anstelle der zustehenden Leistungen eine Kostenerstattung im Sinne des § 13 Abs. 1 SGB V gewährt wird,

sind nicht beihilfefähig. Dies gilt auch für den Verzicht auf kassenärztliche Versorgung bei Behandlung durch eine Heilpraktikerin oder einen Heilpraktiker.

(3) Bei einer Versorgung einer Person nach Absatz 1 Satz 1 mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen, sind die Aufwendungen bis zur Höhe des zweifachen Festzuschusses (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V) beihilfefähig; die §§ 12 und 14 finden insoweit keine Anwendung.

Teil 2

Aufwendungen in Krankheitsfällen

§ 11

Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische und heilpraktische Leistungen

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

1. ärztliche Leistungen,
2. zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach den §§ 12 bis 16,
3. heilpraktische Leistungen nach § 8 Abs. 3 Satz 4 und
4. ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte nach den §§ 17 bis 20.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden.

(2) Aufwendungen für

1. ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit der beihilfeberechtigten Personen sowie
2. Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ sowie nach Abschnitt A Nr. 2 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte erstellten Heil- und Kostenpläne,

sind beihilfefähig.

(3) Legasthenie ist keine Erkrankung im Sinne dieser Verordnung.

§ 12

Zahntechnische Leistungen

(1) Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nr. 213 bis 232 und Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistun-

gen (§ 9 GOZ) sind zu 60 v. H. beihilfefähig. Diese sind durch eine dem § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ entsprechende Rechnung der Zahnärztin, des Zahnarztes oder des Dentallabors nachzuweisen.

(2) Zahntechnische Leistungen nach Absatz 1 sind nur handwerklich gefertigte Werkstücke einschließlich der hierfür erforderlichen Materialien und Legierungen, der zur Erbringung der Leistung notwendigen Arbeitsgängen sowie der unumgänglichen Nebenkosten. Hierzu gehören nicht Praxiskosten, die mit den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte abgegolten sind oder nach diesem Gebührenverzeichnis gesondert berechnet werden können (§ 4 Abs. 3 GOZ).

§ 13

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind nur beihilfefähig, wenn

1. mindestens eine der folgenden Indikationen vorliegt:
 - a) Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien, craniomandibuläre Dysfunktion, myofasciales Schmerzsyndrom),
 - b) Zahnfleischerkrankungen (Parodontopathien), im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung; diese liegt vor, wenn nach der Erhebung des Parodontalstatus (Abschnitt E Nr. 400 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte) Behandlungen nach Abschnitt E Nr. 407 bis 415 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte durchgeführt werden,
 - c) umfangreiche Gebissanierung; diese liegt vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
 - d) umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen, einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen,

- e) Behandlung mit Aufbissbehelfen mit adjustierter Oberfläche nach Abschnitt H Nr. 701 oder Nr. 702 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte und
2. der nach Abschnitt J Nr. 800 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte erhobene Befund mit einem geeigneten Formblatt belegt wird.

§ 14

Implantologische Leistungen

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte), einschließlich der vorbereitenden und ergänzenden Maßnahmen, sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen (weniger als acht Zähne je Kiefer),
 2. große Kieferdefekte infolge von Kieferbruch oder Kieferresektion,
 3. angeborene Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte),
 4. dauerhaft bestehende extreme, irreversible, nicht medikamenteninduzierte Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
 5. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken), wenn nach neurologischem Attest eine absolute Kontraindikation für (auch implantatgestützten) herausnehmbaren Zahnersatz besteht,
 6. implantatgetragener Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Oberkiefer und
 7. implantatgestützter Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Unterkiefer,
- wenn auf andere Weise die Kaufähigkeit nicht hergestellt werden kann. In den Fällen des Satzes 1 Nr. 6 sind Aufwendungen für mehr als sechs Implantate und in den Fällen des Satzes 1 Nr. 7 sind Aufwendungen für mehr als vier Implantate von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen; hierbei sind vorhandene Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gezahlt wurden, mitzurechnen.

(2) Liegt eine Indikation nach Absatz 1 nicht vor, sind Aufwendungen für implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte), einschließlich der vorbereitenden und ergänzenden Maßnahmen, für mehr als zwei Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gezahlt wurden, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

(3) Unabhängig von den Absätzen 1 und 2 sind Suprakonstruktionen auf Implantaten im Rahmen des § 12 beihilfefähig.

§ 15

Wartezeiten

(1) Aufwendungen nach den §§ 12 bis 14 sind nur beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte Person bei Beginn der Behandlung mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt ist. Eine Beschäftigung gilt auch dann als ununterbrochen, wenn ein Beamtenverhältnis auf Widerruf durch die Ablegung einer Prüfung geendet hat und die Antragstellerin oder der Antragsteller innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den öffentlichen Dienst eintritt.

(2) Die Beschränkungen des Absatzes 1 gelten nicht, wenn

1. die Leistungen auf einem Unfall beruhen,
2. die beihilfeberechtigte Person zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist oder
3. die beihilfeberechtigte Person ohne ihre Tätigkeit im öffentlichen Dienst bei einer anderen beihilfeberechtigten Person nach § 4 oder entsprechenden bundes- oder landesrechtlichen oder sonstigen Vorschriften berücksichtigungsfähig wäre.

§ 16

Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung oder für die Beseitigung von Kiefermissbildungen sind beihilfefähig, wenn

1. nach einer zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Bescheinigung die Behandlung zur Herstellung der Kaufähigkeit oder zur Verhütung einer Krankheit notwendig ist, und
2. der Festsetzungsstelle ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird.

§ 17

Psychotherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 18), tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 19) sowie Verhaltenstherapien (§ 20) sind nur beihilfefähig, bei

1. affektiven Störungen (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie),
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nicht organischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen sowie
9. verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Eine Psychotherapie kann neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

1. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
2. seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie

4. psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

Die Leistungen müssen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Anlage 2 Nr. 2 bis 4 erbracht werden. Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(2) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Krankheiten nach Absatz 1 dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biografischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie bis zu acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Für die Erstellung von Gutachten nach Satz 1 Nr. 3 werden von dem für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministerium geeignete Gutachterinnen und Gutachter durch Rundschreiben bekannt gemacht.

(3) Für die psychosomatische Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Rational Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

(6) Vor Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung muss eine Ärztin oder ein Arzt vornehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich bestätigen.

(7) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 18 bis 20 und
2. die in Anlage 2 Nr. 1 aufgeführten Behandlungsverfahren.

§ 18

Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung, zu der Beihilfe gewährt wird, umfasst

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder
2. übende und suggestive Interventionen nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

(2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

1. verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
2. autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich, sowie
3. Hypnose als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen.

Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 dürfen in derselben Sitzung nicht mit denen nach Satz 1 Nr. 2 und 3 kombiniert werden. Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für ärztliche Leistungen sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen der Ärztin oder des Arztes beihilfefähig.

§ 19

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie:

Behandlungsabschnitt	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Stufe 1	50 Sitzungen	40 Sitzungen
Stufe 2	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
Stufe 3	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie:

Behandlungsabschnitt	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Stufe 1 - erster Teil	80 Sitzungen	40 Sitzungen
Stufe 1 – zweiter Teil	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
Stufe 2	nochmals weitere 80 Sitzungen	nochmals weitere 40 Sitzungen
Stufe 3	höchstens weitere 60 Sitzungen	höchstens weitere 30 Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern:

Behandlungsabschnitt	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Stufe 1	70 Sitzungen	40 Sitzungen
Stufe 2	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
Stufe 3	nochmals weitere	nochmals weitere 30

	30 Sitzungen	Sitzungen
--	--------------	-----------

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen:

Behandlungsabschnitt	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Stufe 1	90 Sitzungen	40 Sitzungen
Stufe 2	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
Stufe 3	nochmals weitere 40 Sitzungen	nochmals weitere 30 Sitzungen

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen der einzelnen Behandlungsabschnitte ist, dass jeweils vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt und die Behandlung durch die Festsetzungsstelle im Vorfeld anerkannt wird. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel bis zum Abschluss der Stufe 2 nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 18 Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt; die Anerkennung darf erst nach Abschluss der Stufe 2 erfolgen. In medizinisch besonders begründeten Ausnahmefällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten belegte notwendige Behandlung auch für eine über die in Satz 1 Nr. 3 und 4 zugelassene Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkannt werden. Hierüber entscheidet im unmittelbaren Landesdienst die Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit dem für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministerium, im Übrigen die oberste Dienstbehörde.

(2) Der Beihilfefähigkeit steht nicht entgegen, wenn bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden.

(3) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen.

§ 20

Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bei Erwachsenen:

Behandlungsabschnitt	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Stufe 1	45 Sitzungen	45 Sitzungen
Stufe 2	weitere 15 Sitzungen	weitere 15 Sitzungen
Stufe 3	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. bei Kindern und Jugendlichen einschließlich gegebenenfalls notwendiger begleitender Behandlung von Bezugspersonen:

Behandlungsabschnitt	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Stufe 1	45 Sitzungen	45 Sitzungen
Stufe 2	weitere 15 Sitzungen	weitere 15 Sitzungen
Stufe 3	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen der einzelnen Behandlungsabschnitte ist, dass jeweils vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt und die Behandlung durch die Festsetzungsstelle im Vorfeld anerkannt wird. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel bis zum Abschluss der Stufe 2 nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden.

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach Anlage 2 Nr. 2 bis 4 vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.

§ 21

Arznei- und Verbandmittel

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für im Rahmen einer Behandlung nach § 11 Abs. 1 Satz 1 von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker verbrauchten oder nach Art und Umfang vor der Beschaffung schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen; Aufwendungen für Mittel, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der verordnenden Person beschafft werden, sind nicht beihilfefähig. Beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies bei Säuglingen und Kleinkindern.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Mittel

- a) zur überwiegenden Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz,
- b) zur Abmagerung oder Zügelung des Appetits und Regulierung des Körpergewichts,
- c) zur Verbesserung des Haarwuchses oder
- d) die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen; hierzu gehören insbesondere Nahrungsergänzungsmittel, Diätkost, ballaststoffreiche Kost,

glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer und medizinische Körperpflegemittel, sowie

2. Geriatrika und Stärkungsmittel.

Satz 1 Nr. 1 Buchst. a bis c gilt nicht, wenn diese zur Behandlung einer Krankheit erforderlich sind und es zur Behandlung der Krankheit zugelassene Arzneimittel nicht gibt oder sie im Einzelfall nicht verträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben.

(3) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 Buchst. d sind Aufwendungen für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung beihilfefähig, wenn diese aufgrund einer ärztlichen Verordnung notwendig sind bei

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

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

§ 22

Heilbehandlungen

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe sind nach Maßgabe der Anlage 3 beihilfefähig. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb von Maßnahmen nach den §§ 45 bis 48), Massagen, Bestrahlungen, physiotherapeutische Behandlungen, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. Die Heilbehandlung muss von einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten, einer Physiotherapeutin oder einem Physiotherapeuten, einer Krankengymnastin oder einem Krankengymnasten, einer Logopädin oder einem Logopäden, einer Masseurin oder einem Masseur, einer Masseurin und medizinischen Bademeisterin oder einem Masseur und medizinischen Bademeister oder einer Podologin oder einem Podologen durchgeführt werden.

(2) Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) - Anlage 3 Nr. 14 - sind nur aufgrund einer krankenhausesärztlichen Verordnung, einer Verordnung von Ärztinnen und Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin oder von Allgemeinärztinnen oder Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - a) frischem, nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - c) instabilen Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik oder
 - d) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose $> 50^\circ$ nach Cobb,
2. Operation am Skelettsystem
 - a) posttraumatische Osteosynthesen oder
 - b) Osteotomien der großen Röhrenknochen,

3. prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
 - a) Schulterprothesen,
 - b) Knieendoprothesen oder
 - c) Hüftendoprothesen,
4. operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)
 - a) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
 - b) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
 - aa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - bb) Rotatorenmanschettenruptur,
 - cc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
 - dd) Impingement-Syndrom,
 - ee) Schultergelenkluxation,
 - ff) tendinosis calcarea oder
 - gg) periathritis humero-scapularis (PHS) oder
 - c) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss und
5. Amputationen.

(3) Aufwendungen für ärztlich durchgeführte oder ärztlich verordnete

1. medizinische Trainingstherapie (MTT) sowie
2. gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät)

sind je Krankheitsfall für bis zu 25 Sitzungen beihilfefähig. Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den in Satz 1 genannten Therapieformen entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

(4) Die Aufwendungen für Heilbehandlungen im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von kranken oder behinderten Menschen dienen, sind nur unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

1. die Behandlung muss durch eine in Absatz 1 Satz 3 genannte Person durchgeführt werden,
2. Art und Umfang der durchgeführten und nachgewiesenen Heilbehandlung sind bis zu den in Anlage 3 genannten Höchstbeträgen beihilfefähig, ein darüber hin-

aus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig, und

3. wird bei einer teilstationären oder stationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 EUR beihilfefähig.

Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von kranken oder behinderten Menschen dienen, sind insbesondere Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten.

(5) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten teilstationären oder stationären Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von kranken oder behinderten Menschen dient, sind bis zur Höhe von 5,00 EUR täglich beihilfefähig, es sei denn, die §§ 39 und 41 sind anzuwenden. Satz 1 gilt auch für Platzfreihaltegebühren bei stationären Leistungen nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 3. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 23

Komplextherapien

(1) Werden Leistungen nach den §§ 11 und 22 in Form von ambulanten Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von § 8 Abs. 3 und § 22 Abs. 1 Satz 1 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen festgelegt sind, beihilfefähig. Eine Komplextherapie setzt die berufsgruppenübergreifende Behandlung eines Krankheitsbildes durch ein Team voraus, dem auch Ärztinnen oder Ärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen im Sinne des § 22 Abs. 1 Satz 3 angehören müssen.

(2) Zu den in Absatz 1 genannten Komplextherapien gehören nicht sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen.

§ 24

Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern

(1) Beihilfefähig sind voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen sowie vor- und nachstationäre Behandlungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V), die nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vergütet werden, für

1. vor- und nachstationäre Behandlungen (§ 1 Abs. 3 BPfIV, § 1 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG),
2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV, § 2 Abs. 2 KHEntgG) und
3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte (§ 18 KHEntgG) im Rahmen des § 8 Abs. 3 und des § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2.

(3) Neben Leistungen nach Absatz 2 sind Aufwendungen für gesondert berechnete

1. wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPfIV, § 17 KHEntgG) und
2. Unterkunft (§ 22 BPfIV, § 17 KHEntgG) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers, abzüglich eines Betrages von 12,00 EUR täglich, nach § 25 beihilfefähig.

§ 25

Wahlleistungen neben Krankenhausleistungen

(1) Anspruch auf Beihilfen für Aufwendungen für Wahlleistungen nach § 24 Abs. 3 besteht für beihilfeberechtigte Personen, die gegenüber der Festsetzungsstelle innerhalb der Ausschlussfristen nach Satz 3 erklären, dass sie für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen ab Beginn der Ausschlussfrist in Anspruch nehmen wollen. Die Ausschlussfrist beginnt mit dem Tag

1. der Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses,
2. der Entstehung des Anspruchs auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld oder

3. der Abordnung oder Versetzung zu einem rheinland-pfälzischen Dienstherrn. Die Ausschlussfrist beträgt in den Fällen des Satzes 2 Nr. 1 und 3 drei und in den Fällen des Satzes 2 Nr. 2 sechs Monate; die beihilfeberechtigten Personen sind auf die Ausschlussfristen hinzuweisen.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 besteht - auch bei teilzeitbeschäftigten beihilfeberechtigten Personen - nur gegen Zahlung eines Betrages von 26,00 EUR monatlich. Die Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 beinhaltet das Einverständnis, dass der Betrag monatlich von den Bezügen einbehalten wird. Werden Bezüge nicht für einen vollen Kalendermonat gezahlt, ist der Betrag nach Satz 1 entsprechend der Kürzung der Bezüge zu mindern. Die Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zum ersten eines Kalendermonats widerrufen werden. Ist eine Einbehaltung des Betrages von den Bezügen nicht möglich, wird er zum 15. eines Monats fällig. Kommt in den Fällen des Satzes 5 die beihilfeberechtigte Person der Zahlungspflicht über einen Zeitraum von drei Monaten nicht nach, gilt dies als Widerruf im Sinne des Satzes 4; der Anspruch nach Absatz 1 entfällt in diesen Fällen mit dem Beginn des Zahlungsverzuges.

(3) Die Zahlungspflicht nach Absatz 2 Satz 1 ruht

1. während der Zeit einer Beurlaubung ohne Beihilfeanspruch und
2. in den Fällen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 für die Dauer des Ausschlusses der auf einem Versorgungsanspruch beruhenden Beihilfeberechtigung.

(4) Aufwendungen nach § 24 Abs. 3 sind ferner nur beihilfefähig, wenn die nach § 22 BPfIV oder § 17 KHEntgG vorgeschriebene Wahlleistungsvereinbarung vor Erbringung der Wahlleistung schriftlich abgeschlossen wurde und der Festsetzungsstelle vorgelegt wird.

§ 26

Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung

(1) Leistungen von Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, aber nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 beihilfefähig.

(2) Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind allgemeine Krankenhausleistungen (§ 24 Abs. 2 Nr. 2)

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden,
bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalen-Kataloges nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG für die Hauptabteilung unter Zugrundelegung der oberen Korridorgrenze des nach § 10 Abs. 9 KHEntG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertes ergibt, und
2. in allen anderen Fällen
 - a) bei Behandlung von Erwachsenen
vollstationär bis zu 260,00 EUR und teilstationär bis zu 180,00 EUR und
 - b) bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen
vollstationär bis zu 360,00 EUR und teilstationär bis zu 260,00 EUR
(Basispflegesatz und Abteilungspflegesatz) täglich

beihilfefähig. Aufwendungen für Leistungen, die von Krankenhäusern zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteile der Leistungen nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 sind, sind mit den Beträgen nach Satz 1 abgegolten.

(3) Liegen die Voraussetzungen des § 25 Abs. 1 und 2 vor, sind neben den Aufwendungen nach Absatz 2 auch beihilfefähig gesondert in Rechnung gestellte

1. Leistungen, die denen des § 24 Abs. 3 entsprechen und
2. Walleistung für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 v. H. der oberen Korridorgrenze des nach § 10 Abs. 9 KHEntG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertes, abzüglich eines Betrages von 12,00 EUR täglich.

(4) Vor der Aufnahme in eine Einrichtung nach Absatz 1 kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.

§ 27

Häusliche Krankenpflege

Aufwendungen für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige

1. vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wobei die Grundpflege überwiegen muss) und
2. Behandlungspflege

sind beihilfefähig; aus der Bescheinigung müssen sich Art und Umfang der erforderlichen Maßnahmen ergeben. Bei einer Pflege durch Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen, Lebenspartner, Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Schwieger-töchter, Schwiegersöhne, Schwägerinnen, Schwäger, Schwiegereltern und Geschwister der beihilfeberechtigten Person oder einer nach § 4 berücksichtigungsfähigen Person sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

1. Fahrtkosten nach § 30 und
2. eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder eine Erwerbstätigkeit um mindestens die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit einer vollbeschäftigten Person eingeschränkt wird; eine an die Ehegattin oder den Ehegatten, die Lebenspartnerin oder den Lebenspartner oder die Eltern der pflegebedürftigen Person gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

Aufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 sind insgesamt bis zur Höhe der durchschnittlichen monatlichen Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig; die Sätze macht das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium bekannt. Erfolgt die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

§ 28

Teilstationäre und stationäre Versorgung in einem Hospiz

Für die Aufwendungen einer stationären oder teilstationären Palliativversorgung in einem Hospiz gilt § 24 Abs. 2 Nr. 2 entsprechend.

Familien- und Haushaltshilfe

Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind bis zum Betrag von 6,00 EUR stündlich, jedoch nicht mehr als 36,00 EUR täglich, beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass

1. die den Haushalt führende Person wegen einer auswärtigen Unterbringung (§§ 24, 26 und 28, 45 bis 47 und 49 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4) den Haushalt nicht weiterführen kann,
2. diese Person, ausgenommen Alleinerziehende, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist; eine Erwerbstätigkeit ist geringfügig, wenn die regelmäßige Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit einer vollbeschäftigten Person beträgt,
3. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
4. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Satz 1 gilt auch für die ersten 14 Tage nach Ende einer auswärtigen Unterbringung oder einer ambulanten Operation, sofern im besonderen Fall eine Familien- und Haushaltshilfe, bei Alleinstehenden eine Haushaltshilfe erforderlich ist. Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind auch erfüllt, wenn die den Haushalt führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes den Haushalt nicht weiterführen kann und die Begleitung nach der Feststellung der Amts- oder Vertrauensärztin oder des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und der eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung medizinisch notwendig ist. § 27 Satz 2 Nr. 2 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen, die pflegebedürftig sind oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in einem Heim, in einem fremden Haushalt oder anderweitig untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe nach Satz 1 beihilfefähig. Die Aufwendungen für eine Unterbringung im Haushalt einer in § 27 Satz 2 genannten Person sind mit Ausnahme der Fahrtkosten (§ 30) nicht beihilfefähig.

Fahrtkosten

(1) Beihilfefähig sind die Kosten für

1. die Beförderung der erkrankten Person einschließlich einer notwendigen Begleitperson,
2. die Gepäckbeförderung und
3. regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch eines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes, wenn der Besuch nach der Feststellung der Amts- oder Vertrauensärztin oder des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und der eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung medizinisch notwendig ist; Aufwendungen für sonstige Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig.

Besteht die Möglichkeit, regelmäßig verkehrende Beförderungsmittel zu benutzen, sind nur die Kosten dafür und nur die der niedrigsten Beförderungsklasse unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen beihilfefähig. Höhere Beförderungskosten dürfen nur insoweit berücksichtigt werden, als sie unvermeidbar sind oder waren, insbesondere, wenn die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt bescheinigt, dass die anderweitige Beförderung wegen des Gesundheitszustandes der erkrankten Person erforderlich ist oder war. In diesen Fällen sind bei Benutzung eines eigenen Personenkraftwagens die Kosten bis zu dem in § 6 Abs. 1 Satz 1 des Landesreisekostengesetzes genannten Betrag beihilfefähig.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
2. die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in deren Einzugsgebiet im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. c des Landesumzugsgesetzes,
3. die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist, und
4. die Kosten einer Rückbeförderung wegen einer Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise.

§ 31

Erste Hilfe und Entseuchung

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die Erste Hilfe sowie
2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.

§ 32

Unterkunftskosten bei auswärtiger Behandlung

(1) Aufwendungen für Unterkunft sind bis zum Höchstbetrag von 26,00 EUR täglich beihilfefähig, wenn ein anderer Ort für eine ambulante Behandlung, Untersuchung oder dergleichen aufgesucht werden muss. Ist die Begleitung durch eine andere Person notwendig, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 EUR täglich beihilfefähig.

(2) Absatz 1 gilt auch in Fällen einer stationären Behandlung, wenn die Begleitperson außerhalb der Krankenanstalt oder des Sanatoriums untergebracht war und die Kosten der Unterbringung nicht Bestandteil des allgemeinen Pflegesatzes sind. Satz 1 gilt nicht bei kurähnlichen Maßnahmen.

§ 33

Organspende

(1) Beihilfefähig sind im Rahmen des § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 sowie der §§ 21, 22 und 24 bis 29 die Aufwendungen für Organspenderinnen und Organspender, wenn die empfangende Person beihilfeberechtigt nach § 3 Abs. 1 oder berücksichtigungsfähig nach § 4 ist, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; hierzu gehören auch die Anmelde- und Registrierkosten bei Transplantationszentren. Beihilfefähig ist auch der Organspenderin oder dem Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Personen, die als Organspenderin oder Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.

(2) Bei postmortaler Organspende sind auch die Kosten der nach § 11 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) errichteten Koordinierungsstelle in Höhe der von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 2 TPG für gesetzlich versicherte Organempfängerinnen und Organempfänger vereinbarten Entgelte beihilfefähig, die als Organisations- sowie als Flugkostenpauschale in Rechnung gestellt werden.

§ 34

Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

(1) Die Aufwendungen für die Anschaffung oder Miete der in der Anlage 4 Abschnitt I aufgeführten vor der Beschaffung ärztlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke, einschließlich der Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände, sind beihilfefähig. Mieten für diese Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt. Die Beihilfefähigkeit der in Anlage 4 Abschnitt II aufgeführten Gegenstände ist ausgeschlossen.

(2) Brillen und Kontaktlinsen sind Hilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1; die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen hierfür richtet sich nach den Maßgaben der Anlage 4 Abschnitt III.

(3) Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind in der bisher verordneten Ausführung auch ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit der Anschaffung erfolgt.

(4) Aufwendungen für Reparaturen der Gegenstände im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Gegenstände im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind beihilfefähig, soweit sie im Kalenderjahr 100,00 EUR überstei-

gen. Absatz 3 gilt entsprechend. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sowie für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

(6) Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512,00 EUR beihilfefähig, wenn ein krankhaft entstellender Haarausfall, eine erhebliche Verunstaltung oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.

(7) Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Gegenständen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1, die weder in der Anlage 4 aufgeführt noch den dort aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde, im unmittelbaren Landesdienst das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium.

Teil 3

Aufwendungen in Pflegefällen

§ 35

Beihilfefähige Aufwendungen für Pflegeberatung, bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege beihilfefähig.

(2) Pflegebedürftig ist, wer 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 bedarf. Erforderlich

ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Soweit nichts anderes bestimmt ist, sind Aufwendungen nach den §§ 36 bis 42 nur beihilfefähig, wenn die pflegebedürftige Person einer Pflegestufe zugeordnet ist.

(3) Ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung liegt vor, wenn dieser aufgrund einer dauerhaft erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung zusätzlich erforderlich ist. Die in § 45 a Abs. 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) genannten Personen erfüllen die Voraussetzungen nach Satz 1.

(4) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen der §§ 36 bis 42 eine Beihilfe in wertmäßig gleicher Höhe gewährt; die §§ 9, 57 und 58 sind hierbei nicht anzuwenden. Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen der §§ 36 bis 39 und 41 beihilfefähig.

§ 36

Häusliche Pflege

(1) Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB XI) und Betreuung (§ 124 SGB XI) sind je nach Pflegestufe beihilfefähig bis zu monatlich:

ohne Pflegestufe

für die in § 35 Abs. 3 genannten Personen	225,00 EUR,
in Pflegestufe I	450,00 EUR,
für die in § 35 Abs. 3 genannten Personen	665,00 EUR,
in Pflegestufe II	1100,00 EUR,
für die in § 35 Abs. 3 genannten Personen	1250,00 EUR,
in Pflegestufe III	1550,00 EUR,
und in den Fällen des § 36 Abs. 4 SGB XI	1918,00 EUR.

(2) Entstehen in den Fällen des Absatzes 1 aufgrund besonderen Pflegebedarfs höhere Aufwendungen, sind die Aufwendungen bei Personen

in Pflegestufe I	bis 25 v. H.,
in Pflegestufe II	bis 50 v. H.,
in Pflegestufe III	bis 75 v. H. und
in den Fällen des § 36 Abs. 4 SGB XI	bis 100 v. H.

der durchschnittlichen monatlichen Kosten einer Berufspflegekraft im Sinne des § 27 Satz 3 angemessen. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind um folgenden Eigenanteil zu kürzen:

bei einer beihilfeberechtigten Person	mit Bezügen bis 2500,00 EUR	mit Bezügen von mehr als 2500,00 EUR bis 5000,00 EUR	mit Bezügen von mehr als 5000,00 EUR
ohne Angehörige	10 v. H.	11 v. H.	12 v. H.
mit einer oder einem Angehörigen	8 v. H.	9 v. H.	10 v. H.
mit zwei oder drei Angehörigen	6 v. H.	7 v. H.	8 v. H.
mit mehr als drei Angehörigen	4 v. H.	5 v. H.	6 v. H.

der um 1000,00 EUR verminderten Bezüge. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Eigenanteil entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

(3) Angehörige im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

1. die in § 4 Abs. 1 genannten Personen und
2. Kinder, die nach § 4 Abs. 2 berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind.

(4) Bezüge im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

1. bei Pflege einer beihilfeberechtigten Person oder eines berücksichtigungsfähigen Kindes,
die Bruttodienst- oder -versorgungsbezüge (ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und veränderliche Bezügebestandteile) sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- oder Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person; § 39 Abs. 3 Satz 4 bis 7 gilt entsprechend, sowie
2. bei Pflege einer in § 4 Abs. 1 genannten Person,
die Bezüge nach Nummer 1 zuzüglich der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- oder Hinterbliebenenversorgung der gepflegten Person.

(5) Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen (selbst beschaffte Pflegehilfen) wird eine Pauschalbeihilfe gewährt, die ohne Pflegestufe

für die in § 35 Abs. 3 genannten Personen	120,00 EUR,
in Pflegestufe I	235,00 EUR,
für die in § 35 Abs. 3 genannten Personen	305,00 EUR,
in Pflegestufe II	440,00 EUR,
für die in § 35 Abs. 3 genannten Personen	525,00 EUR,
und	
in Pflegestufe III	700,00 EUR

monatlich beträgt. Wird die Pflege durch andere geeignete Personen nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Pauschale, ausgenommen für die ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung und einer vor- oder nachstationären Krankenhausbehandlung (§§ 24 und 26), einer Sanatoriumsbehandlung (§ 45), einer Anschlussheilbehandlung (§ 46) oder des Monats, in dem die pflegebedürftige Person verstorben ist, entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Pauschalbeihilfe nach Satz 1 wird während einer Verhinderungspflege (§ 36 a) oder Kurzzeitpflege (§ 38) jeweils für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege gezahlten Pauschalbeihilfe fortgewährt.

Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzu-

rechnen; ruht der Anspruch auf Leistungen wegen Auslandsaufenthalts der pflegebedürftigen Person, sind diese gleichwohl anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 1 zur Hälfte gewährt. Aufwendungen für Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind ohne Anrechnung auf die Höchstbeträge des Satzes 1 beihilfefähig.

(6) Wird die Pflege teilweise durch geeignete Pflegekräfte (Absatz 1) und durch andere geeignete Personen (Absatz 5) erbracht, wird eine Beihilfe nach den Absätzen 1 bis 5 anteilig gewährt.

§ 36 a

Verhinderungspflege

(1) Ist eine andere geeignete Person nach § 36 Abs. 5 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für Ersatzpflege bis zu 1550,00 EUR im Kalenderjahr beihilfefähig.

(2) Bei einer Verhinderungspflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe der Pauschalbeihilfe nach § 36 Abs. 5 beihilfefähig. Notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, sind auf Nachweis bis zum Betrag nach Absatz 1 beihilfefähig. Wird die Pflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, findet Absatz 1 Anwendung.

(3) Absatz 1 und 2 gilt in den Fällen des § 35 Abs. 3 entsprechend.

§ 36 b

Ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Neben Beihilfen nach § 36 wird zusätzlich eine Pauschalbeihilfe von 200,00 EUR monatlich gewährt, wenn Pflegebedürftige

1. in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung leben,

2. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet,
3. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von mindestens drei pflegebedürftigen Personen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, und
4. die freie Wählbarkeit der Pflege und Betreuungsleistungen weder rechtlich noch tatsächlich eingeschränkt ist.

Eine aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehende Leistung ist anzurechnen.

(2) Zu den Aufwendungen der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen werden Beihilfen gewährt, wenn nachgewiesen wird, dass die private oder soziale Pflegekasse der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person (§§ 3 und 4) hierzu einen Zuschuss nach § 45 e SGB XI gezahlt hat. Bei privater Pflegeversicherung sind die Aufwendungen beihilfefähig aus denen die prozentuale Leistung der Pflegekasse berechnet ist; bei sozialer Pflegeversicherung gilt § 35 Abs. 4.

§ 37

Teilstationäre Pflege

Aufwendungen für teilstationäre Pflege (§ 41 Abs. 1 SGB XI) sind beihilfefähig; Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

§ 38

Kurzzeitpflege

Aufwendungen für Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 1 SGB XI) in einer von der Pflegekasse zugelassenen Pflegeeinrichtung sind einschließlich der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung beihilfefähig. Ist für die pflegende Person eine Behandlung nach § 45 anerkannt und ist während der Maßnahme die Unterbringung der pflegebedürftigen Person erforderlich, sind abweichend von Satz 1 die Aufwendungen der Kurzzeitpflege in der Einrichtung nach § 45 Abs. 4 beihilfefähig. Ist bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres die Pflege in einer von den

Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich oder zumutbar, sind die Aufwendungen für Kurzzeitpflege auch in einer Einrichtung im Sinne § 41 oder einer sonstigen geeigneten Einrichtung beihilfefähig.

§ 39

Vollstationäre Pflege

(1) Bei der vollstationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) ist der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht kommende Pflegesatz beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten und Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI sind nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht für Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten, die folgende Eigenanteile übersteigen:

1. bei beihilfeberechtigten Personen mit
 - a) einem Angehörigen 40 v. H. oder
 - b) mehreren Angehörigen 35 v. H.der um 510,00 EUR, beim Bezug von Versorgungsbezügen um 360,00 EUR, verminderten Einnahmen und
2. bei alleinstehenden beihilfeberechtigten Personen oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege der beihilfeberechtigten Person und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 v. H. der Einnahmen.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

(2) § 36 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Einnahmen im Sinne des Absatzes 1 sind die Dienst- und Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften sowie der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person. Bei der vollstationären Pflege einer in § 4 Abs. 1 genannten Person sind Einnahmen die Einnahmen nach Satz 1 zuzüglich des Zahlbetrags der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der gepflegten Person. Bei der vollstationären Pflege einer in § 4 Abs. 2

genannten Person sind Einnahmen die Einnahmen nach Satz 1 zuzüglich der Dienst- und Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, des Zahlbetrages der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie des laufenden Erwerbseinkommens einer in § 4 Abs. 1 genannten Person. Dienstbezüge sind die in § 1 Abs. 2 und 3 Nr. 1 und 2 des Bundesbesoldungsgesetzes in der bis zum 31. August 2006 geltenden Fassung genannten laufenden Bruttobezüge. Versorgungsbezüge sind die in § 2 BeamtVG genannten laufenden Bruttobezüge; Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG bleibt unberücksichtigt. Der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt. Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuches (SGB VI) gehören nicht zu den Einnahmen.

(4) Bei einer Pflege in einer Pflegeeinrichtung, welche die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 SGB XI erfüllt, aber nicht nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassen ist, sind höchstens die niedrigsten vergleichbaren Kosten einer zugelassenen Einrichtung am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung beihilfefähig; die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend.

(5) Leistungen, die nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen zu einer Rückstufung der pflegebedürftigen Person in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit führen, sind in Höhe von 1536,00 EUR beihilfefähig; die Beihilfe wird unmittelbar an die Pflegeeinrichtung gezahlt. Die Beihilfe ist zurückzuzahlen, wenn die pflegebedürftige Person innerhalb von sechs Monaten nach der Rückstufung in eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit eingestuft wird.

§ 40

Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen

(1) Neben den Aufwendungen nach den §§ 36 bis 39; 42 und 42 a sind auch die notwendigen Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen beihilfefähig. Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel sind bis zu 31,00

EUR monatlich beihilfefähig. Für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes gilt Absatz 2.

(2) Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person sind bis zu 2557,00 EUR je Maßnahme beihilfefähig. Satz 1 gilt entsprechend, wenn beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen (§§ 3 und 4) mit weiteren Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung leben. In den Fällen des Satzes 2 ist der Gesamtbetrag der Förderung aus Beihilfe und Leistungen der privaten oder sozialen Pflegekasse auf 10 228 EUR je Maßnahme begrenzt; bei mehr als vier Pflegebedürftigen reduziert sich der je Maßnahme beihilfefähige Betrag der Anzahl entsprechend anteilig.

(3) Absatz 1 und 2 gilt in den Fällen des § 35 Abs. 3 entsprechend.

§ 41

Einrichtungen der Behindertenhilfe

(1) Aufwendungen für eine Betreuung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen (§ 71 Abs. 4 SGB XI), sind bis zu 256,00 EUR monatlich beihilfefähig; eine Beihilfe nach § 39 ist daneben ausgeschlossen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

(2) Beschäftigung und Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen ist keine Pflege im Sinne des § 35; Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für behinderte Menschen sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen, die zur Erfüllung der Schulpflicht - insbesondere für Fahrtkosten für den Besuch einer Förderschule - entstehen, sind nicht beihilfefähig.

§ 42

Zusätzliche Betreuungsleistungen

Für die in § 35 Abs. 3 genannten Personen sind beihilfefähig

1. Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen im Sinne des § 45 b SGB XI bis zu 100,00 EUR (Grundbetrag) oder bis zu 200,00 EUR (erhöhter Betrag) monatlich sowie
2. Vergütungszuschläge im Sinne des § 87 b Abs. 1 SGB XI.

Wird in den Fällen des Satzes 1 Nr. 1 der monatliche Höchstbetrag nicht ausgeschöpft, ist der nicht verbrauchte Anteil in den folgenden Monaten des Kalenderjahres beihilfefähig. Im Kalenderjahr nicht ausgeschöpfte monatliche Höchstbeträge werden in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen. § 36 Abs. 5 Satz 6 gilt entsprechend.

§ 42 a

Pflegeberatung

Die Festsetzungsstelle beteiligt sich für beihilfeberechtigte Personen (§ 3) und berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 4 Abs. 1 und 2) an den Kosten der Träger einer Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI, wenn Leistungen der Pflegeversicherung

1. bezogen werden oder
2. beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

Aufwendungen nach Satz 1 sind außerdem nur beihilfefähig, wenn das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium hierzu eine Vereinbarung im Sinne des § 8 Abs. 4 abgeschlossen hat oder einer entsprechenden Vereinbarung beigetreten ist.

Teil 4

Aufwendungen für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge

§ 43

Früherkennung und Vorsorge

(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind nach den folgenden Absätzen beihilfefähig.

(2) Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig bei

1. Kindern

a) bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres für ärztliche Untersuchungen und

b) zwischen dem vollendeten siebten und vor Vollendung des neunten Lebensjahres und zwischen dem vollendeten neunten und vor Vollendung des elften Lebensjahres für jeweils eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,

2. Jugendlichen

a) zwischen dem vollendeten 13. und vor Vollendung des 14. Lebensjahres, wobei die Untersuchung auch zwölf Monate vor oder nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze), und

b) zwischen dem vollendeten 16. und vor Vollendung des 18. Lebensjahres für jeweils eine ärztliche Jugendgesundheitsuntersuchung,

3. Frauen vom Beginn des 20., bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an für jährlich zwei ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen und

4. Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an jedes zweite Jahr für eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

Für Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 Buchst. a, Nr. 2 Buchst. a und Nr. 3 und 4 sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den §§ 25 und 26 SGB V entsprechend anzuwenden. Aufwendungen für andere ärztliche Untersuchungen, die durchgeführt werden, ohne dass Krankheitssymptome vorliegen, sind nicht beihilfefähig. Ärztlich durchgeführte Untersuchungen zum Ausschluss einer HIV-Infektion sind beihilfefähig.

(3) Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig

1. bei Kindern, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, die Aufwendungen für zahnärztliche Maßnahmen zur Früherkennung und Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten; Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend und

2. nach Abschnitt B Nr. 100 bis 102 und Abschnitt C Nr. 200 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte.

§ 44

Impfungen

Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig, wenn sie aufgrund der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut notwendig sind; dies gilt nicht für Impfungen, die aus Anlass einer privaten Reise außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder aus beruflichen Gründen erforderlich geworden sind. Abweichend von Satz 1 Halbsatz 1 sind Aufwendungen für FSME-Schutzimpfungen und Gripeschutzimpfungen beihilfefähig; § 8 Abs. 1 bleibt unberührt.

Teil 5

Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren

§ 45

Sanatoriumsbehandlung

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

1. nach den §§ 11, 21, 22, 29, 31 und 32 Abs. 2 und § 34,
2. für Unterkunft und Verpflegung im Sanatorium für höchstens 30 Tage, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
3. für den ärztlichen Schlussbericht,
4. für Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson, und
5. für Fahrtkosten nach § 48.

Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 2 bis 5 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, dass die Sanatoriumsbehandlung dringend notwendig ist und nicht durch stationäre Behandlung in einer anderen Krankenanstalt oder durch eine Heilkur mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist, und

2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit erlischt, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vier Monaten nach der Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen wird. Abweichend von Satz 2 Nr. 2 ist eine nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit ausreichend, wenn wegen einer notwendigen sofortigen Einlieferung der oder des Kranken zur stationären Behandlung in ein Sanatorium über einen vorher gestellten Antrag noch nicht entschieden ist oder der Antrag noch nicht gestellt werden konnte und dies unverzüglich nachgeholt wird.

(2) Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind bis zur Höhe des niedrigsten Satzes für ein Einbettzimmer des Sanatoriums beihilfefähig. Bei gleichzeitiger Behandlung einer beihilfeberechtigten Person und von berücksichtigungsfähigen Personen in demselben Sanatorium sind bei einer gemeinsamen Unterbringung in einem Zwei- oder Mehrbettzimmer die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Satzes für ein Zwei- oder Mehrbettzimmer, höchstens jedoch bis zum entsprechenden Mehrfachen des niedrigsten Satzes für ein Einbettzimmer beihilfefähig. Für Begleitpersonen von

1. schwerbehinderten Menschen, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist (Merkzeichen B), oder
2. Kindern, die aufgrund des Alters und ihrer eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung eine Begleitung zur stationären Nachsorge benötigen, sind bei einer Unterbringung im Sanatorium die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 v. H. des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig.

(3) Berechnet das Sanatorium die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 für voll- und teilstationäre Behandlungen mit Tagespauschalen oder einer umfassenden Behandlungspauschale, gelten § 8 Abs. 4 und § 23 Abs. 1 Satz 1 entsprechend.

(4) Sanatorium im Sinne dieser Vorschrift ist ein Krankenhaus, das unter ärztlicher Leitung besondere Therapien durchführt und in der die dafür erforderlichen Einrichtungen und das dafür erforderliche Pflegepersonal vorhanden sind.

§ 46

Anschlussheilbehandlung

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. Satz 1 gilt auch für Anschlussheilbehandlungen, wenn diese nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig sind.

(2) § 45 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 47

Heilkur

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

1. nach den §§ 11, 21 und 22,
2. für den Schlussbericht der Kurärztin oder des Kurarztes,
3. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
4. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens 23 Tage in Höhe von 16,00 EUR täglich, für Begleitpersonen von schwerbehinderten Menschen, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist (Merkzeichen B), in Höhe von 12,50 EUR täglich; An- und Abreisetag gelten zusammen als ein Kurtag, sowie
5. für Fahrtkosten nach § 48.

Beihilfen für Nachkuren werden nicht gewährt. Werden die Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 1, 2 und 4 pauschal in Rechnung gestellt, gilt § 23 Abs. 1 Satz 1 entsprechend.

(2) Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 5 sind nur beihilfefähig für Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 LBG mit Bezügen und wenn

1. sich aus dem von der Festsetzungsstelle eingeholten amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten ergibt, dass eine solche Heilkur als Heilmaßnahme zur Verhütung einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit unaufschiebbar und unbedingt notwendig ist,
2. eine andere Behandlungsweise am Wohnort oder in nächster Umgebung nicht zum gleichen Erfolg führen würde und
3. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 können bis zu 30 Kalendertage einschließlich der Reisetage als beihilfefähig anerkannt werden, wenn sich aus dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten ergibt, dass eine längere Kurdauer aus gesundheitlichen Gründen zwingend erforderlich ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit erlischt, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vier Monaten nach der Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen wird.

(3) Heilkur im Sinne dieser Vorschrift ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem geeigneten Kurort durchgeführt wird, der in dem von dem für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministerium bekannt gemachten Heilkurortverzeichnis aufgeführt ist; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein. Die Voraussetzungen nach Satz 1 liegen nicht vor, wenn die beihilfeberechtigte Person während der Maßnahme in einem Zelt, Wohnwagen oder Wohnmobil wohnt.

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

1. wenn die beihilfeberechtigte Person in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist; eine Beschäftigung gilt als nicht unterbrochen während
 - a) einer in § 3 Abs. 2 Nr. 3 genannten Beurlaubung,
 - b) einer Elternzeit nach § 19 a der Urlaubsverordnung,
 - c) einer Beurlaubung nach § 87 a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 87 a Abs. 2 Satz 1 und Abs. 6 des Landesbeamtengesetzes in der Fassung vom 14. Juli 1970 (GVBl. S. 241), zuletzt geändert durch § 142 Abs. 6 und § 145 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 Satz 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Oktober 2010 (GVBl. S. 319), BS 2030-1a, sowie
 - d) einer Zeit, in der die beihilfeberechtigte Person ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient;die Zeit der Tätigkeit bei Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage sowie im Dienst kommunaler Spitzenverbände steht der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich; dies gilt auch für die Zeit der Tätigkeit bei Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 v. H. aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden,

2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits
 - a) eine Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur, zu deren Kosten eine Beihilfe gezahlt worden ist,
 - b) ein von einem Träger der Sozialversicherung verordnetes Heilverfahren oder eine von diesem Träger bezuschusste Kur oder
 - c) ein Kur- oder Heilverfahren nach dem Bundesversorgungsgesetz durchgeführt wurde; im unmittelbaren Landesdienst kann das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium, im Übrigen die oberste Dienstbehörde, bei schweren chronischen Leiden oder nach einer schweren einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung von der Einhaltung der Frist absehen, wenn nach dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten aus zwingenden Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
3. nach Kündigung des Dienstverhältnisses oder nach Stellung des Antrages auf Entlassung,
4. wenn die beihilfeberechtigte Person innerhalb der auf die Beendigung der Heilkur folgenden zwölf Kalendermonate in den Ruhestand tritt, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
5. wenn die beihilfeberechtigte Person innerhalb der auf die Beendigung der Heilkur folgenden zwölf Kalendermonate in die Freistellungsphase der Altersteilzeit tritt,
6. solange die beihilfeberechtigte Person aus straf- oder disziplinarrechtlichen Gründen vorläufig des Dienstes enthoben ist,
7. wenn die Versetzung in den Ruhestand oder die Entlassung unmittelbar bevorsteht oder
8. wenn der beihilfeberechtigten Person aufgrund besonderer Vorschriften wegen des Leidens, aufgrund dessen sie die Heilkur beantragt hat, ein Anspruch auf Heilfürsorge zusteht.

§ 48

Fahrtkosten aus Anlass von Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren

An- und Abreise sind unabhängig vom genutzten Beförderungsmittel insgesamt in Höhe von 0,20 EUR je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200,00 EUR, beihilfefähig. Abweichend von Satz 1 sind die Kosten

1. für einen aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen sowie
2. regelmäßiger Fahrten eines Elternteils zum Besuch eines im Sanatorium aufgenommenen Kindes, wenn der Besuch nach der Feststellung der Amts- oder Vertrauensärztin oder des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und der eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung medizinisch notwendig ist,

nach § 30 beihilfefähig.

Teil 6

Aufwendungen bei Schwangerschaft, Geburt und künstlicher Befruchtung

§ 49

Schwangerschaft und Geburt

(1) Aus Anlass einer Geburt sind die in den §§ 11, 21, 22, 24, 26 und 31 genannten Aufwendungen beihilfefähig. Daneben sind beihilfefähig Aufwendungen für

1. die Schwangerschaftsüberwachung,
2. die ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik nach Anlage 3 zu § 22,
3. Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der jeweiligen landesrechtlichen Gebührenordnung,
4. von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen im Sinne des § 134 a SGB V,
5. Pflegekräfte im Sinne der §§ 27 und 29; bei ambulanten Geburten und Geburten in der Wohnung beginnt der Zeitraum von 14 Tagen (§ 29 Satz 3) mit dem Tag der Geburt,
6. die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten; § 30 gilt entsprechend und
7. Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung.

(2) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 150,00 EUR gewährt. Dies gilt auch, wenn die beihilfeberechtigte Person ein Kind vor Vollendung seines zweiten Lebensjahres annimmt oder es mit dem Ziel der Annahme an Kindes statt in Pflege nimmt und für dieses Kind bisher keine Beihilfe zu den Kosten einer Säuglings- und Kleinkinderausstattung gewährt worden ist. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Pauschalbeihilfe nur einmal gezahlt.

Künstliche Befruchtung

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn

1. diese nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung eine hinreichende Aussicht besteht, eine Schwangerschaft herbeizuführen,
3. die Personen, die die Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen des Ehepaares verwendet werden,
5. sich das Ehepaar vor Durchführung der Maßnahmen von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder der die Maßnahmen nicht selbst durchführt, hat beraten und unterrichten lassen, und
6. die Ehefrau das 25. aber noch nicht das 40. Lebensjahr und der Ehemann das 25. aber noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet haben.

(2) Im Falle einer

1. In-Vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer oder Transfer der Gameten sind vier Behandlungen und
2. Insemination sind fünf Behandlungen, bei entsprechender positiver ärztlicher Prognose weitere drei Behandlungen

beihilfefähig; darüber hinausgehende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.

(3) Neben Aufwendungen nach den §§ 11, 21, 24 bis 26, 29 und 30 sind auch die Aufwendungen für die Gewinnung, die Aufbereitung, die Tiefkühlung und die Lagerung von Ei- oder Samenzellen und Embryonen beihilfefähig, wenn diese im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Absatz 1 stehen oder unmittelbar durch eine Krankheit bedingt sind.

(4) Aufwendungen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Person zuzuordnen, bei der die Leistung durchgeführt wird.

Teil 7

Aufwendungen bei Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbrü- chen und Sterilisationen

§ 51

Empfängnisregelung

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen und
2. die ärztlich verordneten empfängnisregelnden Mittel sowie deren Applikation.

(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen nach den §§ 11 und 21.

§ 52

Schwangerschaftsabbruch

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs, und
2. die Durchführung eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs.

(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen nach den §§ 11, 21, 24 bis 26, 29, 30 und 34.

§ 53

Sterilisation

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen einer nicht rechtswidrigen Sterilisation und
2. die Durchführung einer nicht rechtswidrigen Sterilisation.

(2) § 52 Abs. 2 gilt entsprechend.

Teil 8

Aufwendungen in Todesfällen

§ 54

Todesfälle

(1) Verstirbt die beihilfeberechtigte Person während einer Dienstreise, einer Abordnung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer Hauptwohnung (§ 12 Abs. 2 Satz 2 Melderechtsrahmengesetz), sind die Kosten einer Überführung vom Sterbeort an den Ort der Beisetzung bis zur Höhe der Überführung an den Ort ihrer Hauptwohnung beihilfefähig.

(2) Verbleibt mindestens eine pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Person oder ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren im Haushalt und kann dieser nach dem Tod der den Haushalt allein führenden beihilfeberechtigten oder nach § 4 berücksichtigungsfähigen Person nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in entsprechender Anwendung des § 29 bis zu sechs Monaten, in Ausnahmefällen mit Zustimmung des für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministeriums bis zu einem Jahr beihilfefähig.

Teil 9

Aufwendungen im Ausland

§ 55

Behandlung im Ausland

(1) Die im Ausland entstehenden Aufwendungen nach den §§ 11 bis 42 und 49 bis 53 sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einem Verbleiben am

inländischen Wohnort oder am letzten früheren inländischen Dienstort der beihilfeberechtigten Person oder am diesen Orten nächstgelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären.

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

1. sie innerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union entstanden sind und nach den §§ 11 bis 22, 24 bis 42 und 49 bis 53 beihilfefähig sind,
2. sie 1000,00 EUR nicht übersteigen,
3. bei in der Nähe der deutschen Grenze (30 km) wohnenden oder sich aufhaltenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss,
4. die beihilfeberechtigte Person ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland hat; dies gilt auch für die im Haushalt lebenden Angehörigen (§ 4 Abs. 1 und 2),
5. sie bei einer Dienstreise einer beihilfeberechtigten Person entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können, oder
6. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt hat; die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union zwingend notwendig ist; die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit kurähnlichen Maßnahmen entstehen, ist ausgeschlossen.

§ 56

Sanatoriumsbehandlung, Anschlussheilbehandlung und Heilkur im Ausland

Aufwendungen aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen nach den §§ 45 bis 47 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland sind beihilfefähig, wenn

1. bei Maßnahmen innerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union
 - a) bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis-Ausland, welches das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium be-

kannt macht, aufgeführt ist und die Voraussetzungen des § 47 erfüllt sind sowie

- b) bei stationärer Sanatoriumsbehandlung von der beihilfeberechtigten Person nachgewiesen wird, dass die ausländische Einrichtung die Voraussetzungen des § 45 Abs. 4 erfüllt, und
2. bei Maßnahmen außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union
- a) die Voraussetzungen der Nummer 1 vorliegen,
 - b) durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union zwingend notwendig ist, und
 - c) die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt hat.
- Fahrtkosten im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Satz 1 Nr. 1 sind nach § 48 und im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Satz 1 Nr. 2 nach § 30 beihilfefähig.

Teil 10

Leistungsumfang und Verfahren

§ 57

Bemessung der Beihilfen

- (1) Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für
1. beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 LBG 50 v. H.,
 2. beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 LBG 70 v. H.,
 3. beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 LBG
und berücksichtigungsfähige Angehörige nach § 4 Abs. 2 80 v. H. und
 4. berücksichtigungsfähige Angehörige nach § 4 Abs. 1 70 v. H.
- Sind zwei oder mehr Kinder nach § 4 Abs. 2 berücksichtigungsfähig, so beträgt der Bemessungssatz für Personen nach Nummer 1 70 v. H.; bei mehreren beihilfeberechtigten Personen gilt dies nur für diejenige, die den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag bezieht. Maßgebend ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

(2) In den Fällen des § 5 wird der Bemessungssatz zugrunde gelegt, der der verstorbenen Person bei eigener Antragstellung für seine Person zugestanden hätte.

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

1. einer Begleitperson als Aufwendungen der begleiteten Person,
2. nach § 29 als Aufwendungen der stationär oder auswärts untergebrachten Person,
3. nach § 49 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 bis 6 als Aufwendungen der Mutter und
4. nach § 54 Abs. 2 als Aufwendungen der ältesten verbleibenden Person.

§ 58

Abweichender Bemessungssatz

(1) Bei Mitgliedern einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V, die den Krankenkassenbeitrag in voller Höhe selbst tragen und auf die § 9 Abs. 3 Anwendung findet, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 v. H., wenn sie gegen ihre Krankenkasse der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche wie Pflichtversicherte haben. Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen nach § 49 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und § 54 sowie für Aufwendungen, die nicht zum Teil von der Krankenkasse getragen worden sind. Der Krankenkassenbeitrag gilt auch dann als in voller Höhe selbst getragen, wenn ein Rentenversicherungsträger zugunsten der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person einen eigenen Beitrag zur Krankenversicherung der Rentner oder einen Zuschuss zum Krankenkassenbeitrag von insgesamt nicht mehr als 41,00 EUR monatlich zahlt.

(2) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 v. H., jedoch höchstens auf 90 v. H. Satz 1 gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen des § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V erfüllt.

(3) Für beihilfefähige Aufwendungen von Personen, die Mitglied in der privaten Krankenversicherung sind und nach Maßgabe des § 257 SGB V einen Zuschuss zu ihren Versicherungsbeiträgen erhalten, ermäßigt sich der Bemessungssatz um 20 v. H. Satz 1 findet entsprechende Anwendung für Personen, die freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V sind und einen Zuschuss nach § 257 SGB V zum Krankenkassenbeitrag erhalten und die Krankenkasse nachweislich keine Leistungen zu den Aufwendungen gewährt. Die Sätze 1 und 2 finden bei beihilfefähigen Aufwendungen nach den §§ 45 bis 47 und 54 keine Anwendung. § 9 Abs. 3 bleibt unberührt.

(4) Die Festsetzungsstelle kann, ausgenommen in den Fällen der §§ 35 bis 42, mit Zustimmung des für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministeriums den Bemessungssatz erhöhen, wenn dies zur Beseitigung einer unverschuldeten Notlage erforderlich ist.

(5) Für beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 LBG und ihre nach § 4 Abs. 1 berücksichtigungsfähigen Angehörigen beträgt der Bemessungssatz auf Antrag 80 v. H., wenn

1. das monatliche Gesamteinkommen bei Nichtverheirateten 1680,00 EUR und bei Verheirateten oder Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern 1940,00 EUR nicht übersteigt und
2. der monatliche Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 v. H. des Gesamteinkommens übersteigt.

Über den Antrag entscheidet die Festsetzungsstelle mit Wirkung für die Zukunft durch Bescheid; die Erhöhung des Bemessungssatzes setzt eine Anpassung des Versicherungsschutzes voraus; diese ist nachzuweisen. Der nach Satz 1 erhöhte Bemessungssatz wird auf Dauer gewährt. Maßgebendes Gesamteinkommen ist das durchschnittliche Monatseinkommen der zurückliegenden zwölf Monate aus Bruttoversorgungsbezügen, Sonderzahlung, Renten, Kapitalerträgen und sonstigen laufende Einnahmen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach § 4 Abs. 1; Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI bleiben unberücksichtigt.

(6) In den Fällen des § 54 Abs. 1 beträgt der Bemessungssatz 100 v. H.

§ 59

Begrenzung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, einer Sachkostenversicherung für Hilfsmittel, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 11 bis 56 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe zu gewähren ist. Die Aufwendungen nach den §§ 35 bis 42, 47 und 56 Satz 1 Nr. 1 Buchst. a werden jeweils getrennt, die übrigen Aufwendungen zusammen abgerechnet. Dabei ist der Summe der mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen die Gesamtsumme der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen. Hierbei werden Beihilfen nach § 36 Abs. 5 und § 49 Abs. 2 sowie Leistungen aus einer Krankentagegeld-, Pfl egetagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung nicht berücksichtigt.

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet.

§ 60

Kostendämpfungspauschale

(1) Die nach Anwendung des § 59 verbleibende Beihilfe wird um die Kostendämpfungspauschale nach § 66 Abs. 4 LBG gekürzt. Die Beihilfe ist auch dann in voller Höhe um die Kostendämpfungspauschale zu mindern, wenn das Beschäftigungsverhältnis im Laufe des Kalenderjahres begründet wird oder endet. Wurde die Beihilfe für das Kalenderjahr bereits um eine dieser Vorschrift vergleichbare Kostendämpfungspauschale vom vorigen Dienstherrn gekürzt, ist diese zu berücksichtigen.

(2) Die Höhe der Kostendämpfungspauschale richtet sich nach den bei der erstmaligen Antragstellung im Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen. Enthält dieser Antrag auch Aufwendungen aus den Vorjahren, in denen keine Beihilfe beantragt wurde, sind auch insoweit die Verhältnisse bei der Antragstellung maßgebend.

(3) Die Kostendämpfungspauschale nach den Absätzen 1 und 2 vermindert sich um 40,00 EUR für jedes berücksichtigungsfähige Kind oder jedes Kind, das nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist.

(4) Die Beträge nach Absatz 1 werden in den Fällen von

1. Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit und
 2. begrenzter Dienstfähigkeit im Verhältnis der gezahlten Bezüge zu den ruhegehaltstfähigen Dienstbezügen bei Vollbeschäftigung
- vermindert.

(5) Die Beträge bemessen sich für nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 LBG beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 4 Satz 2 LBG. Für die Zuteilung zu den Stufen nach § 66 Abs. 4 Satz 1 LBG ist die Besoldungsgruppe maßgebend, nach der die Versorgungsbezüge berechnet sind. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 LBG, deren Versorgungsbezügen ein Grundgehalt (Gehalt) nach einer früheren Besoldungsgruppe, eine Grundvergütung oder ein Lohn zugrunde liegt oder deren Versorgungsbezüge in festen Beträgen festgesetzt sind.

§ 61

Ausnahmen von der Kostendämpfungspauschale

(1) Die Kostendämpfungspauschale entfällt

1. bei Personen, die Anwärterbezüge erhalten,
2. bei beihilfeberechtigten Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 LBG in dem Kalenderjahr, in dem der Anspruch entsteht,
3. bei beihilfeberechtigten Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 LBG,
4. bei beihilfeberechtigten Personen, die Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V sind, und

5. bei beihilfeberechtigten Personen, die den nach § 60 Abs. 2 maßgebenden Antrag während der Elternzeit stellen und zu diesem Zeitpunkt nicht nach § 80 a des Landesbeamtengesetzes in der Fassung vom 14. Juli 1970 (GVBl. S. 241), zuletzt geändert durch § 142 Abs. 6 und § 145 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 Satz 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Oktober 2010 (GVBl. S. 319), BS 2030-1a, beschäftigt sind.

(2) § 60 gilt nicht für Beihilfen, die zu Aufwendungen

1. nach den §§ 43 und 44,
2. für die Schwangerschaftsüberwachung und die ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik (§ 49 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 2) sowie für im Zusammenhang mit der Schwangerschaft verordnete Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen (§ 21),
4. bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§§ 35 bis 42) und
5. in den Fällen des § 9 Abs. 2 Nr. 1

gezahlt werden. Ausgenommen von der Kostendämpfungspauschale sind außerdem Pauschalbeihilfen nach § 36 Abs. 5 und § 49 Abs. 2.

§ 62

Verfahren

(1) Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit von Aufwendungen nach § 8 entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann hierzu bei Sachverständigen Gutachten einholen. Diese sind mit dem Einverständnis der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. Entstehen für ein Gutachten Kosten, trägt diese die Festsetzungsstelle.

(2) In den Fällen der §§ 35 bis 42 entscheidet die Festsetzungsstelle über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit, der Art und dem notwendigen Umfang der Pflege, der Pflegestufe sowie dem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist aufgrund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Die Beihilfe wird

ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(3) Beihilfen werden auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der beihilfeberechtigten Personen gewährt. Hierfür sind im unmittelbaren Landesdienst die von der Festsetzungsstelle, im Übrigen die von der obersten Dienstbehörde bestimmten Formblätter zu verwenden; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 93 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch. Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen; Kopien oder Zweitschriften sind ausreichend. Eine elektronische Antragstellung und elektronische Übermittlung der Belege ist nur möglich, wenn die Festsetzungsstelle dies zulässt. In den Fällen der §§ 55 und 56 ist den Belegen eine Übersetzung beizufügen, die bei Aufwendungen von mehr als 500,00 EUR beglaubigt sein muss; die Kosten hierfür sind nicht beihilfefähig.

(4) Über die beantragte Beihilfe wird von der Festsetzungsstelle durch schriftlichen oder elektronischen Bescheid (Beihilfebescheid) entschieden. Im Falle der elektronischen Speicherung der Belege durch die Festsetzungsstelle erfolgt keine Rücksendung der Belege. Diese sind unverzüglich, spätestens jedoch nach drei Monaten nach Eingang bei der Festsetzungsstelle, zu vernichten.

(5) Die Gewährung von einmaligen Unterstützungen zu beihilfefähigen Aufwendungen ist unzulässig.

(6) Ist eine nach diesen Bestimmungen erforderliche vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, so kann eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und festgestellt wird, dass die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit vorgelegen haben. Dies gilt nicht für die Fälle der §§ 45, 47 und 55 Abs. 2 Nr. 6 und des § 56.

§ 63

Abschlagszahlungen

Die Festsetzungsstelle kann auf eine zu erwartende Beihilfe angemessene Abschlagszahlungen zahlen. Sind Beihilfen nach § 36 Abs. 5 oder § 39 zu gewähren, sind für die Dauer von jeweils sechs Monaten Abschläge zu zahlen.

§ 64

Antragsfrist

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen erlischt, wenn der Anspruch nicht innerhalb von zwei Jahren nach der Entstehung der Aufwendungen bei der zuständigen Festsetzungsstelle geltend gemacht wird, jedoch nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach der ersten Ausstellung einer Rechnung. Für den Beginn der Frist ist

1. bei Beihilfen nach § 36 Abs. 5 Satz 1 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde,
2. bei Aufwendungen nach § 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 der Tag nach Beendigung der Heilkur und
3. bei Beihilfen nach § 49 Abs. 2 der Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt

maßgebend. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

§ 65

Verwaltungsvorschriften

Die zur Durchführung dieser Verordnung erforderlichen Verwaltungsvorschriften erlässt das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für das allgemeine öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministerium.

Teil 11

Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 66

Übergangsbestimmungen

(1) Artikel 2 Abs. 3 der Zwölften Landesverordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vom 1. März 1993 (GVBl. S. 145) und Artikel 2 Abs. 3 der Dreizehnten Landesverordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vom 23. Juni 1997 (GVBl. S. 190) sind weiter anzuwenden.

(2) Anspruch auf Beihilfen nach § 25 haben beihilfeberechtigte Personen, die

1. vor dem 1. August 2011 nach dem bisherigen § 5 a Abs. 2 der Beihilfenverordnung (§ 67 Abs. 2 Nr. 1) wirksam erklärt haben, oder
2. bis zum Ablauf des 30. Juni 2012 gegenüber der Festsetzungsstelle erklären, dass sie für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen in Anspruch nehmen wollen. § 25 Abs. 1 Satz 3 findet in den Fällen der Nummer 2 keine Anwendung.

§ 67

Inkrafttreten

(1) Die Verordnung tritt am 1. August 2011 in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft:

1. die Beihilfenverordnung in der Fassung vom 1. August 2006 (GVBl. S. 303, 362), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. September 2009 (GVBl. S. 333), BS 2030-1-50, mit Ausnahme ihres § 1 Abs. 9 und ihres § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2, die mit Ablauf des 31. Dezember 2016 außer Kraft treten,
2. die Verwaltungsvorschrift „Psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung“ vom 17. Januar 2002 (MinBl. S. 271; 2007 S. 668),

3. die Verwaltungsvorschrift „Beihilfefähigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Körperersatzstücke“ vom 28. November 2006 (MinBl. S. 274),
4. die Verwaltungsvorschrift „Beihilfefähigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 8 der Beihilfenverordnung“ vom 26. September 2001 (MinBl. S. 428, 439; 2006 S. 176), geändert durch Verwaltungsvorschrift vom 31. Januar 2004 (MinBl. S. 130, 165), und
5. die Verwaltungsvorschrift „Ausschluss wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Behandlungsmethoden von der Beihilfefähigkeit“ vom 31. Januar 2004 (MinBl. S. 130, 165; 2009 S. 290), geändert durch Verwaltungsvorschrift vom 13. Mai 2008 (MinBl. S. 184).

Beihilfefähigkeit wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Methoden

1. Völliger Ausschluss

Die Aufwendungen für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen:

A

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

B

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

C

- Chelat-Therapie
- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung
- Cytotoxologische Lebensmitteltests

D

- DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)

E

- Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- Elektro-Neural-Diagnostik
- Epidurale Wirbelsäulen-Kathetertechnik nach Professor Racz

F

- Frischzellentherapie

G

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

H

- Heileurythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

I

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

K

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

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

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

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

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

R

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

S

- Schwingfeld-Therapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

- Zellmilieu-Therapie

2. Teilweiser Ausschluss

Die Aufwendungen für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden sind teilweise von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen:

- **Chirurgischer Hornhauteingriff zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit durch Laser**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn

- eine Korrektur der Fehlsichtigkeit durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher oder gegebenenfalls sonstiger fachärztlicher Feststellung objektiv nicht möglich ist, in Zweifelsfällen ist ein Gutachten einzuholen, und
- die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit des Eingriffs vorher schriftlich anerkannt hat.

- **Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose oder der Fasziitis plantaris.

- **Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Sepsis, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

- **Hyperthermie-Behandlung**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Geschwulstbehandlung.

- **Klimakammerbehandlungen**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle aufgrund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- **Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z. B. Aludrin.

- **Magnetfeldtherapie**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophen Pseudarthrosen sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.

- **Ozontherapie**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- **Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird Anlage 3 lfd. Nr. 4 bis 6 zugeordnet.

- **Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebserkrankungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

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

1 Psychotherapeutische Leistungen

1.1 Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- Familientherapie,
- Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,
- Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers),
- Gestaltungstherapie,
- Körperbezogene Therapie,
- Konzentrierte Bewegungstherapie,
- Logotherapie,
- Musiktherapie,
- Heileurhythmie,
- Psychodrama,
- Respiratorisches Biofeedback,
- Transaktionsanalyse.

1.2 Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 17 bis 20 gehören Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind. Entsprechendes gilt für Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung, für heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

2 Psychosomatische Grundversorgung

2.1 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für

- Allgemeinmedizin,
- Augenheilkunde,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Innere Medizin,

- Kinder- und Jugendmedizin,
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Neurologie,
 - Phoniatrie und Pädaudiologie,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 - Urologie
- durchgeführt wird.

2.2 Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von

- einer Ärztin oder einem Arzt,
- einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
- einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Interventionen verfügt.

3 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

3.1 Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche sein:

- Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
- Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" oder "Psychoanalyse".

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für

- Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychiatrie und Psychotherapie oder

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie
- eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychoanalyse" oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte) erbringen.

3.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).

3.3 Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

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

Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte).

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

3.5 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

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

Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte).

3.6 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kin-

der- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

4 Verhaltenstherapie

4.1 Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
- Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“. Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

4.2 Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

4.3 Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin, einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

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

4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 oder 4.3, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 oder 4.3, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

5 Formblätter

Für die Durchführung des Voranerkennungsverfahrens nach § 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 sind die nachfolgenden Formblätter zu verwenden:

Formblatt 1

(§ 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3)

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Beihilfeberechtigte Person

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

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

....., den

.....
(Unterschrift der beihilfeberechtigten Person)

II. Auskunft der Patientin/ des Patienten

1. Wer wird behandelt?

Name, Vorname der Patientin/ des Patienten	Geburtsdatum
--	--------------

2. Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Frau/ Herrn,
der Fachgutachterin/ dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde sie/ihn von
der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin/ der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist

....., den

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

III. Bescheinigung der Therapeutin/ des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

Erstbehandlung Verlängerung/Folgebehandlung

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Von _____ bis _____ Anzahl der Sitzungen _____

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

_____ Anzahl der Einzelsitzungen _____ Anzahl der Gruppensitzungen

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

ja nein

_____ Anzahl der Sitzungen

6. Gebührenziffern:

Gebührenhöhe je Sitzung _____

IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. Ärztinnen/Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

2. Psychologische Psychotherapeutinnen/ Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Approbation als

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

KV-Zulassung, KV-Nr.:

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

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister als

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

bei der Kassenärztlichen Vereinigung

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

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

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.1998 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut: ja nein

für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie,
 Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes:

Datum des Abschlusses:

....., den

(Stempel und Unterschrift der
Therapeutin/ des Therapeuten)

Formblatt 2

(§ 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3)

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

Bericht

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

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Umschlag an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin/ den Gutachter zu übersenden

I. Angaben über die Patientin/ den Patienten

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

Geburtsdatum	Geschlecht	Beruf
--------------	------------	-------

II. Angaben über die Behandlung

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

III. Bericht 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 ihrem/ seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin/ des Patienten (bei Kindern und Jugendlichen 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 Kindern und Jugendlichen auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts. Psychopathologischer Befund (z.B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).
3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen/ Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese, oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

4. **Biografische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin/ des Patienten in ihrer/ 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 Schwellsituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei Kindern und Jugendlichen 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 Biografie, 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 Kindern und Jugendlichen: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ich-Defekten 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 behandelten Person und ihrer Verlässlichkeit, ihrer partiellen Lebensbewältigung, sowie ihrer Fähigkeit bzw. Tendenz zur Regression, ihrer Flexibilität und ihren Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei Kindern und Jugendlichen auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten der behandelten Person, 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 Kindern und Jugendlichen auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin/ des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der behandelten Person, ihre Regressionsfähigkeit bzw. -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei Kindern und Jugendlichen Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.
3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin/ des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten der behandelten Person, ihre 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/ des Patienten und Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

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

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen der Patientin/ des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten ggf. auch Bericht der Angehörigen/ Bezugspersonen der Patientin/ des Patienten. (Warum kommt die Patientin/ der Patienten zu eben diesem Zeitpunkt?)
2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin/ des Patienten und Krankheitsanamnese:**
 - a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
 - b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
 - c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
 - d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

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

3. **Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)
 - a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
 - b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
 - c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der mnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).
4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin/ einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ einen 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 der Patientin/ des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.
6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.
7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.
8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination bzw. Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Bei Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Soll bei einer begleitenden Behandlung der Bezugspersonen vom Regelverhältnis 1:4 abgewichen werden, muss dies begründet werden. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1, 2, 3 und 5 des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen der Patientin/ des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose bzw. Differentialdiagnose.
2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit der Patientin/ 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 der Patientin/ des Patienten.

....., den

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

Formblatt 3

(§ 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3)

Name, Vorname der Patientin/ des Patienten
geb. am

Konsiliarbericht*

**vor Aufnahme
einer Psychotherapie**

Auf Veranlassung von:

Name der Therapeutin/ des Therapeuten

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme

--

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

--

--

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

--

--

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

--

--

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

--

--

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

--

--

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

--

--

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist erfolgt veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich-veranlassten Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig?

--

--

Welche ärztlichen Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst?

--

--

Bestehen aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

ja

nein

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

Ausfertigung für die Therapeutin/ den Therapeuten

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

Formblatt 4

(§ 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3)

(Dienststelle, Festsetzungsstelle)

..... den

┌ (Anschrift der Gutachterin/ des Gutachters) ┐

└ ┘

Betr.: Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO)
hier: 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 der/ des Frau/ Herrn

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/ 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 EUR zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

^{*)} Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

Formblatt 5

(§ 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3)

Psychotherapie-Gutachten*

für Frau/Herrn
(Name der Patientin/ des Patienten)

Bezug: Auftragschreiben vom

Stellungnahme:

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig
zugesagt werden?

1. für die Patientin/ den Patienten

2. für die begleitende Psychotherapie der
Bezugsperson

Einzelsitzungen	Gruppensitzungen

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

*) Das Gutachten bitte in dem beigegeführten, als vertrauliche medizinische Unterlagen gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle übersenden.

Formblatt 6

(§ 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3)

(Dienststelle/Festsetzungsstelle)

..... den

┌ (Anschrift der beihilfeberechtigten oder
└ der bevollmächtigten Person)

└ ┌

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

- tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
- analytischen Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

für.....durch.....
(Name 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

Beihilfefähigkeit und Angemessenheit von Heilbehandlungen

Ifd Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
I. Inhalationen¹⁾		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je teilnehmender Person	3,60
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je teilnehmender Person	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Krankengymnastische Behandlung ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung ²⁾³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Behandlung ²⁾⁵⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30

Ifd Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je teilnehmender Person	6,20
8	Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je teilnehmender Person	10,80
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je teilnehmender Person	10,80
10	Bewegungsübungen ²⁾	7,70
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je teilnehmender Person - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ⁶⁾ , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik ⁷⁾ - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,40
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie ¹⁰⁾¹¹⁾ , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90

lfd Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT und MTT) ¹²⁾ Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen; Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen		
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) ²⁾	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50
	b) Großbehandlung, 45 Minuten	29,20
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	8,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmessrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	10,30

Ifd Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
22	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - - bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	• Teilpackung	20,50
	• Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Drei- viertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderli- chen Nachruhe -	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung) - Anwendung von Lehm, Quark o. Ä.	7,70
	- Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkompresse	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	20,00

lfd Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
25	a) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
	b) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
26	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	39,90
28	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
29	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Photo- totherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B- Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, minerali- sche huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10

lfd Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	21,00
	d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10

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

V. Kälte- und Wärmebehandlung

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

VI. Elektrotherapie

35	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20

lfd Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39	Iontophorese	6,20
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,00
VII. Lichttherapie		
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht ⁹⁾	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je teilnehmender Person	2,60
43	a) Reizbehandlung ⁹⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung ⁹⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

lfd Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
VIII. Logopädie		
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	c) Ausführlicher Bericht	11,80
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung der Patientin oder des Patienten und ggf. der Eltern, je teilnehmender Person	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80

lfd Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehand- lungsdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je teilnehmender Person	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je teilnehmender Person	28,70
X. Podologische Therapie		
53	Hornhautabtragung an beiden Füßen	15,00
54	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
55	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,80
56	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,50
57	Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	28,80
58	Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	15,00
59	Abdruck für Orthonyxie-Spange, pro Nagel	17,60
60	Orthonyxie-Nagelkorrektur nach Fraser, je Spange (Herstellung nach Abdruck und Applikation der Spange)	144,00
61	Orthonyxie-Nagelkorrektur nach Fraser bei vorhandenem Mo- dell bei Verlust oder Bruch, einschließlich Applikation	44,30
62	Orthonyxie-Nagelkorrektur nach Fraser - Nachstellung	17,60
63	Clavi-Behandlung, einschließlich Verband	11,00
64	Verruca-Behandlung, einschließlich Verband	14,40

lfd Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
--------------------	-----------------	--

XI. Sonstiges

65	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
66	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 EUR je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	

Bei Besuchen mehrerer Patientinnen und Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 65 und 66 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.

- 1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
- 2) Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- 3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
- 4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
- 5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
- 6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
- 7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.
- 8) Das notwendige Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.
- 9) Die Leistungen der Nummern 34, 42 und 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
- 10) Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden.
- 11) Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.
- 12) Die Leistungen der Nummern 4 bis 6, 10, 12 und 18 sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

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

Abschnitt I

1 Beihilfefähig nach § 34 Abs. 1 Satz 1 sind die Aufwendungen für

Abduktionslagerungskeil,

Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung),

Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter),

Alarmgerät für Epileptikerinnen und Epileptiker,

Anatomische Brillenfassung,

Anus-*praeter*-Versorgungsartikel,

Anzieh-/Ausziehhilfen,

Aquamat,

Armmanschette,

Armtragegurt/-tuch,

Arthrodesensitzkissen, -sitzkoffer (Nielsen), -stuhl,

Atemtherapiegerät,

Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung),

Auffahrrampe für Krankenfahrstuhl,

Aufrichteschlaufe,

Aufrichtstuhl (für eine im Stuhl integrierte Aufrichtfunktion bis zu 150,00 EUR),

Aufstehgestell,

Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten),

Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen,

Augenschielklappe, auch als Folie,

Badestrumpf,

Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits),

Badewannenverkürzer,

Ballspritze,

Behinderten-Dreirad,

Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie,

Bettnässer-Weckgerät,

Beugebandage,

Billroth-Batist-Lätzchen,

Blasenfistelbandage,

Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb),

Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät),

Blindenstock/-langstock/-taststock,

Blutlanzette,

Blutzuckermessgerät,

Bracelet,

Bruchband,

Clavicula-Bandage,

Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen),

Computerspezialausstattung für Behinderte

Spezialhard- und –software bis zu 3500,00 EUR,

ggf. zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5400,00 EUR,

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

Delta-Gehrad,

Drehscheibe, Umsetzhilfen,

Duschsitz/-stuhl,

Einlagen, orthopädische,

Einmal-Schutzhose bei Querschnittsgelähmten,

Ekzem-Manschette,

Elektro-Stimulationsgerät,

Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten,

Epitrain-Bandage,

Ernährungssonde,

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese),

Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner),

Fingerling,

Fingerschiene,

Fixationshilfen,

(Mini) Fonator,

Fußteil-Entlastungsschuh,

Gehgipsgalosche,

Gehhilfen und -übungsgeräte,

Gehörschutz,

Genutrain-Aktiv-Kniebandage,

Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopatische Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie),

Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese),

Gilchrist-Bandage,

Gipsbett, Liegeschale,

Glasstäbchen,

Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz,

Gummistrümpfe,

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze,

Handgelenkriemen,

Hebekissen,

Heimdialysegerät,

Helfende Hand, Scherenzange,

Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor),

Hörgeräte (HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte) einschließlich der Nebenkosten bis zu 1500,00 EUR je Ohr ggf. zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung,

Impulsvibrator,

Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör,

Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher,

Innenschuh, orthopädischer,

Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor),

Kanülen und Zubehör,

Katapultsitz,

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter,

Kieferspreizgerät,

Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz),

Klumpfußschiene,

Klumphandschiene,

Klyso,

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern,

Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage,

Kniepolster/-rutscher bei Unterschenkelamputation,

Knöchel- und Gelenkstützen,

Körperersatzstücke einschließlich Zubehör

(Aufwendungen für BH's bzw. Badeanzüge für Brustprothesen sind beihilfefähig, soweit sie 15,00 EUR bzw. 40,00 EUR übersteigen),

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose,

Koordinator nach Schielbehandlung,

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber,

Kopfschützer,

Korrektursicherungsschuh,

Krabbler für Spastiker,

Krampfaderbinde,

Krankenfahrstuhl mit Zubehör,
Krankenpflegebett,
Krankenstock,
Kreuzstützbandage,
Krücke,

Latextrichter bei Querschnittslähmung,
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden,
Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät,
Auflagegestell),
Lichtsignalanlagen für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige,
Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter),
Lispelsonde,
Lumbalbandage,

Malleotrain-Bandage,
Mangoldsche Schnürbandage,
Manutrain-Bandage,
Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen
64,00 EUR übersteigen,

- Straßenschuhe
Erstausstattung 2 Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach
zwei Jahren,
- Hausschuhe
Erstausstattung 1 Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach
zwei Jahren,
- Sportschuhe
Erstausstattung 1 Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach
zwei Jahren,
- Badeschuhe
Erstausstattung 1 Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach
vier Jahren,
- Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung entfällt der Eigen-
anteil von 64,00 EUR),

Milchpumpe,

Mundsperrer,
Mundstab/-greifstab,

Narbenschützer,

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Halteman-
schetten usw.,

Orthesenschuhe, soweit die Aufwendungen 64,00 EUR übersteigen,

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange,

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen

(beihilfefähig sind die Aufwendungen für höchstens 6 Paar Schuhe im Ka-
lenderjahr),

Pavlikbandage,

Penisklemme,

Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel,

Polarimeter,

Psoriasisiskamm,

Quengelschiene,

Reflektometer,

Rekthophor,

Rollbrett,

Rutschbrett,

Schede-Rad,

Schrägliegebrett,

Schutzbrille für Blinde,

Schutzhelm für Behinderte,

Schwellstromapparat,

Segofix-Bandagensystem,

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte,

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht,

Skolioseumkrümmungsbandage,

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte),
Spezialschuhe für Diabetiker (Lucro®), soweit die Aufwendungen 64,00 EUR
übersteigen,
Sphinkter-Stimulator,
Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion,
Spreizfußbandage,
Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz,
Spritzen,
Stabilisationsschuhe (neben dieser Versorgung ist eine gleichzeitige Versor-
gung mit Orthesen und Orthesenschuhen ausgeschlossen),
Stehübungsgerät,
Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik,
Strickleiter,
Stubbies,
Stumpfschuhhülle,
Stumpfstrumpf,
Suspensorium,
Symphysen-Gürtel,

(Talocrur)Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar,
Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung),
Tinnitus-Gerät,
Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten,
Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel),
Tragegurtsitz,

Übungsschiene,
Urinale,
Urostomie-Beutel,

Verbandschuhe,
Vibrationstrainer bei Taubheit,

Wasserfeste Gehhilfe,
Wechseldruckgerät,

Wright-Peak-Flow-Meter,

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

- 2 Die Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch sind im folgenden Umfang beihilfefähig:
 - 2.1 Anschaffungen zweier Langstöcke sowie ggf. elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung.
 - 2.2 Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
 - Unterrichtsstunden je 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden 56,50 EUR,
 - Fahrzeimentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minutentakt anteilig berechnet wird 44,90 EUR,
 - Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort nicht zumutbar ist, bis zu einem Betrag von 46,00 EUR täglich.

Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden. Werden an einem Tag mehrere blinde Personen unterrichtet, können die genannten Aufwendungen der Trainerin oder des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.
 - 2.3 Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Nummer 2.2.
 - 2.4 Die Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung

weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

- 2.5 Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch die Mobilitätstrainerin oder den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls sie oder er zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist.

Abschnitt II

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen (§ 34 Abs. 1 Satz 3) sind die Aufwendungen für

Adju-Set/-Sano,
Angorawäsche,
Antiallergene Matratzen-/Bettbezüge,
Aqua-Therapie-Hose,
Arbeitsplatte zum Krankenfahrstuhl,
Augenheizkissen,
Autofahrerrückenstütze,
Autokindersitz,
Autokofferraumlifter,
Autolifter,

Badewannengleitschutz, -kopfstütze, -matte,
Bandagen (soweit nicht in Abschnitt I aufgeführt),
Basalthermometer,
Bauchgurt,
Bestrahlungsgerät/-lampe zur Selbstbehandlung,
Bett (soweit nicht in Abschnitt I aufgeführt),
Bettbrett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze,
Bett-Tisch,
Bidet,
Bill-Wanne,

Blinden-Uhr,
Blutdruckmessgerät,
Brückentisch,

Dusche,

Einkaufsnetz,
Einmal-Handschuhe,
Eisbeutel und -kompressen,
Elektrische Schreibmaschine,
Elektrische Zahnbürste,
Elektrofahrzeuge,
Elektro-Luftfilter,
Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000),
Erektionshilfen,
Ergometer,
Ess- und Trinkhilfen,
Expander,

Farberkennungsgerät,
Fieberthermometer,
Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer),

(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge,

Handschuhe (soweit nicht in Abschnitt I aufgeführt),
Handtrainer,
Hängeliege,
Hantel (Federhantel),
Hausnotrufsystem,
Hautschutzmittel,
Heimtrainer,
Heizdecke/-kissen,
Hilfsgeräte für die Hausarbeit,
Höhensonne,

Hörkissen,
Hörkragen Akusta-Coletta,

Intraschallgerät „NOVAFON“,
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma),
Ionisierungsgeräte,
Ionopront, PermoX-Sauerstofferzeuger,

Katzenfell,
Klingelleuchte (soweit nicht unter Abschnitt I aufgeführt),
Knickfußstrumpf,
Knoche Natur-Bruch-Slip,
Kolorimeter,
Kommunikationssystem,
Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung,
Krankenunterlagen,
Kreislaufgerät „Schiele“,

Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil,
Language-Master,
Luftreinigungsgeräte,

Magnetfolie,
Monophonator,
Munddusche,

Nackenheizkissen,
Nagelspange Link,

Öldispersionsapparat,

Pulsfrequenzmesser,

Rotlichtlampe,
Rückentrainer,

Salbenpinsel,
Schlaftherapiegerät,
Schuhe (soweit nicht in Abschnitt I aufgeführt),
Spezialsitze,
Spirometer,
Spranzbruchband,
Sprossenwand,
Sterilisator,
Stimmübungssystem für Kehlkopflose,
Stockroller,
Stockständer,
Stufenbett,
Suntronic-System (AS 43),

Taktellgerät,
Tamponapplikator,
Tandem für Behinderte,
Telefonverstärker,
Telefonhalter,
Therapeutisches Wärme-/Kältesegment,
Treppenlift, Monolift, Plattformlift,
Tünkers-Butler,

Übungsmatte,
Ultraschalltherapiegerät,
Umweltkontrollgerät,
Urin-Prüfgerät Uromat,

Venenkissen,

Waage,
Wandstandgerät,
WC-Sitz,

Zahnpflegemittel,
Zweirad für Behinderte.

Abschnitt III

Angemessenheit und Beihilfefähigkeit von Sehhilfen

1 Voraussetzungen für die Beschaffung von Sehhilfen

1.1 Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche augenärztliche Verordnung.

1.2 Für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe genügt die Refraktionsbestimmung einer Optikerin oder eines Optikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 EUR je Sehhilfe beihilfefähig. Die Refraktionsbestimmung durch eine in Satz 1 genannte Person genügt auch, wenn bei der erneuten Beschaffung einer Sehhilfe z. B. andere Gläser notwendig werden oder statt einer Brille Kontaktlinsen notwendig sind.

2 Brillen

Für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Brillen gelten - einschließlich Brillengestell und Handwerksleistung - folgende Höchstbeträge:

- bei vergüteten Gläsern mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):

Einstärkengläser:	für das sph. Glas	31,00 EUR
	für das cyl. Glas	41,00 EUR
Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	72,00 EUR
	für das cyl. Glas	92,50 EUR

- bei Gläserstärken über +/- 6 dpt:

zuzüglich je Glas 21,00 EUR

- Dreistufen- oder Multifokalgläser:

zuzüglich je Glas 21,00 EUR

- Gläser mit prismatischer Wirkung:
zuzüglich je Glas 21,00 EUR.

3 Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nummer 2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas 21,00 EUR

- bei Gläserstärken ab +/- 6,0 dpt,
- bei Anisometropien ab 2,0 dpt,
- unabhängig von der Gläserstärke
 - a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
 - b) bei Personen mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Anwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
 - c) bei spastisch oder epileptisch kranken Personen sowie Einäugigen.

3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas 11,00 EUR

- bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
- bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendenschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
- bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),

- bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
- bei Ziliarneuralgie,
- bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- bei totaler Farbenblindheit,
- bei Albinismus,
- bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- bei Gläsern ab + 10,0 dpt,
- im Rahmen einer Fotochemotherapie,
- bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

4 Kontaktlinsen

4.1 Die Aufwendungen für Kontaktlinsen sind bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:

- Myopie ab 8 dpt,
- progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf in einem Zeitraum von drei Jahren nachweisbar ist,
- Hyperopie ab 8 dpt,
- irregulärer Astigmatismus,
- Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
- Astigmatismus obliquus ab 2 dpt,
- Keratokonus,
- Aphakie,
- Aniseikonie,
- Anisometropie ab 2 dpt,
- als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,

- als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,
- als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,
- druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.

4.2 Liegen die Voraussetzungen nach Nummer 4.1 vor, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen (z. B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) beihilfefähig, wenn zusätzlich eine der folgenden Indikationen vorliegt:

- progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 dpt jährlich) nachweisbar ist,
- Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,
- Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- Ektropium,
- Entropium,
- Symblepharon,
- Lidschlussinsuffizienz.

4.3 Sofern eine Indikation nach Nummer 4.1, nicht jedoch eine Indikation nach Nummer 4.2 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 EUR (sphärisch) und 230,00 EUR (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.

4.4 Liegt keine Indikation nach Nummer 4.1 vor, sind Aufwendungen für Kontaktlinsen nicht - auch nicht fiktiv nach den Nummern 2 und 3 - beihilfefähig.

4.5 Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen nach den Nummern 4.1 bis 4.3 sind die folgenden Aufwendungen - im Rahmen der Nummern 2 und 3 - beihilfefähig für

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

5 Andere Sehhilfen

5.1 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, werden die Aufwendungen im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 2 und 3 als beihilfefähig anerkannt.

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

6 Erneute Beschaffung von Sehhilfen

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

- sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
- die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- bei Kindern sich die Kopfform geändert hat.

7 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Sehhilfen, die nur durch eine berufliche Tätigkeit erforderlich werden,
- Bildschirmbrillen,
- Brillenversicherungen,
- Reparatur eines Brillengestells,
- Etui.