

**Beihilfenverordnung (BVO) vom
1. August 2006 in der Fassung des Artikel 3 des Gesetzes
vom 15. September 2009**

§ 1

Beihilfeberechtigte Personen

(1) Zu den Aufwendungen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung eines angenommenen Kindes, in Fällen des nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und bei nicht rechtswidriger Sterilisation sowie für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und zur Früherkennung von Krankheiten erhalten Beihilfen

1. Beamte und emeritierte Hochschullehrer,
2. Ruhestandsbeamte sowie frühere Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
3. Witwen und Witwer, hinterbliebene Lebenspartner sowie die in § 23 des Beamtenversorgungsgesetzes genannten Kinder der in den Nummern 1 und 2 bezeichneten Personen,

solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder einen Unterhaltsbeitrag erhalten oder nur deshalb nicht erhalten, weil Versorgungsbezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsbestimmungen nicht gezahlt werden, oder wenn Dienst-, Amts- oder Anwärterbezüge wegen eines Urlaubs unter Wegfall der Dienst-, Amts- oder Anwärterbezüge, der die Dauer von 30 Kalendertagen nicht überschreitet, nicht gezahlt werden,

4. im Todesfalle des Beihilfeberechtigten der hinterbliebene Ehegatte oder Lebenspartner, die Kinder sowie die Stiefkinder. Sind solche Hinterbliebenen nicht vorhanden, so kann eine Beihilfe anderen Personen gewährt werden, soweit diese die von dritter Seite in Rechnung gestellten beihilfefähigen Aufwendungen aus Anlass der Krankheit oder des Todes des verstorbenen Beihilfeberechtigten bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen; sind diese Personen Erben des Beihilfeberechtigten, so gilt dies auch für die Krankheitsaufwendungen des Erblassers, die von diesem bezahlt worden sind.

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

(3) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung

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

aus.

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

(5) Die Beihilfeberechtigung aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigung als Angehöriger aus. Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigung als Angehöriger vor.

(6) Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfe aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Vorschriften der Beihilfenverordnung im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht.

(7) Den in den Landesdienst abgeordneten Beamten werden Beihilfen nach dieser Verordnung gewährt; Vereinbarungen der beteiligten Dienstherrn über einen Ausgleich der gewährten Leistungen bleiben unberührt.

(8) Beihilfen werden nicht gewährt

1. Ehrenbeamten und ehrenamtlichen Richtern,
2. Bediensteten, 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. Bediensteten und Versorgungsempfängern, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

(9) Zur Begründung eines Anspruchs nach § 19 Abs. 3 des Abgeordnetengesetzes Rheinland-Pfalz kann durch Erklärung gegenüber der Festsetzungsstelle das Ruhen des Anspruchs auf Beihilfen nach dieser Verordnung auf Zeit bestimmt werden.

(10) 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.

§ 2

Beihilfenfälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in Krankheitsfällen, durch Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und zur Früherkennung von Krankheiten, bei dauernder Pflegebedürftigkeit sowie in Fällen einer Empfängnisregelung, eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer nicht rechtswidrigen Sterilisation
 - a) für den Beihilfeberechtigten selbst,
 - b) für seinen Ehegatten oder Lebenspartner, soweit dessen Einkünfte (§ 2 Abs. 2 des Einkommensteuergesetzes) im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 20.450,00 EUR nicht übersteigen; in besonderen Ausnahmefällen kann die Festsetzungsstelle mit Zustimmung des für das Beihilfenrecht zuständigen Ministeriums die Gewährung von Beihilfen zulassen,
 - c) für die nach den Absätzen 2 und 3 zu berücksichtigenden Kinder,
2. in Geburtsfällen
 - a) der Beihilfeberechtigten,
 - b) der Ehefrau des Beihilfeberechtigten oder der Lebenspartnerin der Beihilfeberechtigten,

- c) der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter eines Kindes des Beihilfeberechtigten, mit der er nicht verheiratet ist,
 - d) einer nach Absatz 2 oder Absatz 3 zu berücksichtigenden Tochter,
3. im Todesfalle
- a) des Beihilfeberechtigten,
 - b) seines Ehegatten oder Lebenspartners,
 - c) eines nach Absatz 2 oder Absatz 3 zu berücksichtigenden Kindes, bei Totgeburten, wenn sie beim Familienzuschlag berücksichtigungsfähig gewesen wären.

(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen nach Absatz 1 nur für die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder,

1. 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,
2. die für das Wintersemester 2006/2007 an einer Hochschule eingeschrieben sind, solange für sie die Voraussetzungen des § 32 Abs. 4 und 5 des Einkommensteuergesetzes in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung gegeben sind; Nummer 1 gilt entsprechend.

Für Kinder eines Beihilfeberechtigten, in dessen 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) Ein Beihilfeberechtigter, der nicht mit der Mutter seines Kindes verheiratet ist, kann zu den Aufwendungen für das Kind Beihilfen nur erhalten, wenn und soweit er die Kosten des Beihilfefalls getragen hat.

(4) 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, gilt § 1 Abs. 5 entsprechend.

(5) Ist bei verheirateten oder in einer Lebenspartnerschaft lebenden und nach Absatz 2 berücksichtigungsfähigen Kindern neben dem beihilfeberechtigten Elternteil der Ehegatte oder der Lebenspartner des Kindes beihilfeberechtigt, so wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen für dieses Kind nur seinem Ehegatten oder Lebenspartner gewährt.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Geschwister des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten oder Lebenspartners,
2. Ehegatten oder Lebenspartner und Kinder beihilfeberechtigter Waisen.

§ 3

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang, soweit sie dem Beihilfeberechtigten entstanden sind,

1. in Krankheitsfällen
zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, für die Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener körperlicher Beeinträchtigungen,
2. in Geburtsfällen,
3. in Todesfällen,
4. für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge, und zwar
 - a) für Schutzimpfungen, sofern sie nicht aus Anlass einer privaten Reise außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union erforderlich geworden sind,
 - b) für zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte,
5. für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten in dem in den §§ 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Umfang,
6. bei dauernder Pflegebedürftigkeit und
7. in Fällen einer Empfängnisregelung, eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer nicht rechtswidrigen Sterilisation.

Über die Notwendigkeit und den angemessenen Umfang der Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten einholen.

(2) Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründete schwierige Leistung vorliegt, kann nur eine Gebühr, die die Regelspanne des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker nach dem Stand vom 1. Juli 1985, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen.

(3) In Fällen, in denen einer Person aufgrund gesetzlicher oder anderer Vorschriften oder aufgrund 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. Abweichend von Satz 1 sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 98 des Landesbeamtengesetzes zum Übergang des Schadensersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt. Werden Leistungen, die aufgrund von § 10 Abs. 2, 4 und 5 des Bundesversorgungsgesetzes zustehen, nicht in Anspruch genommen, sind die Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung in vollem Umfange beihilfefähig.

(4) Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind, in dem der Beihilfeberechtigte
 - a) noch nicht zu den in § 1 bezeichneten beihilfeberechtigten Personen gehörte oder
 - b) ohne Genehmigung schuldhaft dem Dienst ferngeblieben war;die Aufwendungen gelten als zu dem Zeitpunkt entstanden, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind,
2. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person; Aufwendungen zum Ersatz der dem

nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes beihilfefähig,

3. Aufwendungen, die bereits aufgrund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 1 Abs. 4 und 5 Satz 2) beihilfefähig sind,
4. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Eigenanteile.

(5) Die Beihilfefähigkeit 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 § 6 Abs. 4 Satz 1 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde,
2. bei Aufwendungen nach § 9 Abs. 2 Nr. 4 der Tag nach Beendigung der Heilkur und
3. bei Beihilfen nach § 10 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.

§ 3 a

Sonderbestimmungen für Mitglieder von Krankenkassen im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

(1) Ist der Beihilfeberechtigte oder derjenige, für den Aufwendungen entstanden sind, Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, so sind die beihilfefähigen Aufwendungen um die hierauf entfallenden Leistungen der Krankenkasse zu kürzen. Abweichend von Satz 1 ist bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, als Leistung der Krankenkasse stets der nach § 55 Abs. 1 Satz 3 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf 65 v. H. erhöhte Festzuschuss anzusetzen.

(2) Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die aus demselben Beschäftigungsverhältnis sowohl beihilfeberechtigt als auch pflichtversichert sind, sind für sich und ihre nach § 2 Abs. 1 berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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. Bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, sind die Aufwendungen bis zur Höhe des zweifachen Festzuschusses nach § 55 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig; § 5 Absatz 1 und 4 findet insoweit keine Anwendung. Aufwendungen, die dadurch entstanden sind, dass Personen nach Satz 1 die zustehenden Leistungen der Krankenkassen nicht in Anspruch nehmen, oder eine Versorgung wählen, die über die zustehenden Leistungen hinausgeht, oder dass anstelle der zustehenden Leistungen eine Kostenerstattung im Sinne des § 13 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt wird, sind nicht beihilfefähig; dies gilt auch für den Verzicht auf kassenärztliche Versorgung bei Behandlung durch einen Heilpraktiker. 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.

(3) Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen (§ 8) und Heilkuren (§ 9) der in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Rentenversicherung Versicherten, an deren Beiträgen der Arbeitgeber beteiligt ist, können nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn zuvor der Träger der Rentenversicherung die Durchführung eines Heil- oder Kurverfahrens abgelehnt hat und die Krankenkasse eine Kostenbeteiligung abgelehnt oder einen Zuschuss zu den Kosten einer Sanatoriumsbehandlung oder einer Heilkur schriftlich bewilligt hat; im Übrigen finden die §§ 8 und 9 Anwendung. Dies gilt bei Sanatoriumsaufenthalten auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

§ 4

Krankheitsfälle

- (1) Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für
1. ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Leistungen eines Heilpraktikers sowie zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach § 5; das für das Beihilfenrecht zuständige Ministerium kann im Einvernehmen mit dem für das Beamtenrecht zuständigen Ministerium die Voraussetzungen und den Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen; nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden,
 2. die voll- und teilstationären Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) nach § 5 a,
 3. die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nach § 5 a,
 4. a) Unterkunft, wenn ein anderer Ort für eine ambulante Behandlung, Untersuchung oder dergleichen aufgesucht werden muss, bis zum Höchstbetrag von 26,00 EUR täglich. Ist die Begleitung durch eine andere Person notwendig, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 EUR täglich beihilfefähig. Dies 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. Diese Regelung findet bei einer kurzähnlichen Maßnahme keine Anwendung.
b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von kranken oder behinderten Menschen dient, bis zur Höhe von 5,00 EUR täglich, es sei denn, § 6 Abs. 7 oder 9 ist anzuwenden,
 5. die erste Hilfe,
 6. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang vor der Anschaffung schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen; nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel und Mittel, die
 - a) überwiegend zur 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 dienen oder
- d) geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
7. eine vom Arzt schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,
 8. eine vom Arzt zuvor schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder, ausgenommen Saunabäder und Aufenthalt in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur, Massagen, Bestrahlung, physiotherapeutische Behandlungen, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Physiotherapeuten oder Podologen durchgeführt werden,
 9. die Anschaffung, die Miete, die Reparatur, den Ersatz, den Betrieb und die Unterhaltung der vom Arzt zuvor schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände; das für das Beihilfenrecht zuständige Ministerium kann im Einvernehmen mit dem für das allgemeine öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministerium die Voraussetzungen und den Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bestimmen, Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen sowie bei Sehhilfen Ausnahmen von der vorherigen schriftlichen ärztlichen Verordnung zulassen,
 10. die Beförderung des Erkrankten einschließlich einer notwendigen Begleitperson, die Gepäckbeförderung und regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch eines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes, wenn der Besuch nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und der eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung medizinisch notwendig ist. 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 der behandelnde Arzt bescheinigt, dass die anderweitige Beförderung wegen des Gesundheitszustandes des Erkrankten 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. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
 - b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in deren Einzugsgebiet im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. c des Landesumzugskostengesetzes,
 - c) die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
 - d) die Kosten einer Rückbeförderung wegen einer Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise,
11. Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nummern 1 bis 4, 6, 8, 10 und des Absatzes 4, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen,
12. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige
- a) vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung), wobei die Grundpflege überwiegen muss,
 - b) Behandlungspflege.
- Bei einer Pflege durch Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:
- a) Fahrkosten (Nummer 10),
 - b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder eine Erwerbstätigkeit um mindestens die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten eingeschränkt wird; eine an den Ehegatten, den Lebenspartner oder die Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

Aufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 sind insgesamt bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig.

(2) Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 8, die in Form von Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind beihilfefähig unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die mit den Krankenkassen im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Verträge auf Bundes- oder Landesebene vereinbart sind. Komplextherapien sind Berufsgruppen übergreifende Leistungen mehrerer Therapeuten, zu denen auch Ärzte, Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalberufen gehören müssen.

(3) Das für das Beihilfenrecht zuständige Ministerium kann im Einvernehmen mit dem für das allgemeine öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministerium die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Untersuchung oder eine Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode sowie für bestimmte Arznei- oder Verbandmittel begrenzen oder ausschließen.

(4) 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 außerhäuslichen Unterbringung (Absatz 1 Nr. 2, §§ 8, 9 und 10 Abs. 1 Nr. 4) den Haushalt nicht weiterführen kann,
2. diese Person, ausgenommen allein Erziehende, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist,
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 außerhäuslichen Unterbringung oder einer ambulanten Operation, sofern im besonderen Fall eine Familien- und Haushaltshilfe, bei allein Stehenden eine Haushaltshilfe erforderlich ist.

Absatz 1 Nr. 12 Satz 2 Buchst. b gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfeberechtigte oder berücksichtigungs-

fähige Personen, die pflegebedürftig sind oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in einem Heim oder in einem fremden Haushalt 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 Absatz 1 Nr. 12 Satz 2 genannten Person sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Absatz 1 Nr. 10) nicht beihilfefähig.

§ 5

Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen

(1) Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nr. 213 bis 232 und Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind zu 60 v.H. beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung oder für die Beseitigung von Kiefermissbildungen sind beihilfefähig, wenn der behandelnde Zahnarzt bescheinigt, dass die Behandlung zur Herstellung der Kaufähigkeit oder zur Verhütung einer Krankheit notwendig ist. Voraussetzung für die Gewährung einer Beihilfe ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes bei der Festsetzungsstelle.

(3) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind nur beihilfefähig, wenn der erhobene Befund mit dem nach Abschnitt J Nr. 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt belegt wird und eine der folgenden Indikationen vorliegt:

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien, craniomandibuläre Dysfunktion, myofasciales Schmerzsyndrom),
2. Zahnfleischerkrankungen (Parodontopathien), im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. 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,

4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen, einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen,
5. Behandlung mit Aufbissbehelfen mit adjustierter Oberfläche nach Abschnitt H Nr. 701 oder 702 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte.

(4) Aufwendungen für implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses 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 in Folge 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, einschließlich vorhandener Implantate, und in den Fällen des Satzes 1 Nr. 7 sind Aufwendungen für mehr als vier Implantate, einschließlich vorhandener Implantate, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, sind die Aufwendungen für implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), einschließlich der vorbereitenden und ergänzenden Maßnahmen, für mehr als zwei Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind unabhängig von einer Indikation und der Anzahl der Implantate im Rahmen des Absatzes 1 beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nr. 214 bis 217 und 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte 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 der Antragsteller innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den öffentlichen Dienst eintritt. Die Beschränkungen des Satzes 1 gelten nicht, wenn

1. die Leistungen auf einem Unfall beruhen,
2. der Beihilfeberechtigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist,
3. der Beihilfeberechtigte ohne seine Tätigkeit im öffentlichen Dienst berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten wäre.

(6) Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden.

§ 5 a

Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind bei Behandlungen in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) anwenden,

1. bei voll- und teilstationären Behandlungen
 - a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 KHEntgG, § 2 Abs. 2 BPfIV)
 - b) Wahlleistungen, wenn die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung vorgeschriebene Wahlleistungsvereinbarung vor Erbringen der Wahlleistung schriftlich abgeschlossen wurde und der Festsetzungsstelle vorgelegt wird, und zwar

- aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§§ 16 und 17 KHEntgG, § 22 BPfIV),
 - bb) gesondert berechnete Unterkunft (§§ 16 und 17 KHEntgG, § 22 BPfIV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrags von 12,00 EUR täglich,
 - cc) andere im Zusammenhang damit berechnete Leistungen im Rahmen des § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 6,
2. bei vor- und nachstationären Behandlungen
- a) Vergütungen nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 - b) Wahlleistungen nach Nummer 1 Buchst. b Doppelbuchst. aa.

(2) Der Beihilfeberechtigte hat einen Anspruch auf Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen nach Absatz 1 Nr. 1 Buchst. b und Nr. 2 Buchst. b gegen Zahlung eines Betrages von 13,00 EUR monatlich, wenn er gegenüber der Festsetzungsstelle innerhalb einer Ausschlussfrist von drei Monaten erklärt, dass er für sich und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen ab Beginn der Ausschlussfrist in Anspruch nehmen will. Die Ausschlussfrist beginnt:

- 1. für die am 1. Januar 2003 Beihilfeberechtigten am 1. Januar 2003 und
- 2. im Übrigen mit dem Tag
 - a) der Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses,
 - b) der Entstehung des Anspruchs auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld oder
 - c) der Abordnung oder Versetzung zu einem rheinland-pfälzischen Dienstherrn.

Der Beihilfeberechtigte ist auf die Ausschlussfrist hinzuweisen. Die Erklärung nach Satz 1 beinhaltet das Einverständnis, dass der zu zahlende Betrag monatlich von den Bezügen einbehalten wird, und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

(3) Bei Behandlung in Krankenhäusern, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Entgelte des dem inländischen Wohnort oder dem letzten inländischen Dienstort nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung, die im jeweiligen Krankenhausplan eines Landes ausgewiesen sind, beihilfefähig. Für Leistungen, die denen des Absatzes 1 Nr. 1 Buchst. b und Nr. 2 Buchst. b entsprechen, gilt Absatz 2.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 4 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen 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.

(3) Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Abs. 1 Satz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch), eine teilstationäre Pflege (§ 41 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) oder eine Kurzzeitpflege (§ 42 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind beihilfefähig. Die Aufwendungen für eine häusliche Pflege sind je nach Pflegestufe des § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig bis zu monatlich:

in Pflegestufe I	384,00 EUR,
in Pflegestufe II	921,00 EUR,
in Pflegestufe III	1.432,00 EUR,

in den Fällen des § 36 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 1.918,00 EUR; entstehen aufgrund besonderen Pflegebedarfs höhere Aufwendungen, sind die Aufwendungen insgesamt höchstens bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Berufspflegekraft unter Anrechnung eines die finanzielle Leistungsfähigkeit angemessen berücksichtigenden Eigenbehaltes, der von dem für das Beihilfenrecht zuständigen Ministerium im Einvernehmen mit dem für das allgemeine öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministerium festgesetzt wird, beihilfefähig.

(4) Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt, die

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 1. in Pflegestufe I | 205,00 EUR, |
| 2. in Pflegestufe II | 410,00 EUR, |
| 3. in Pflegestufe III | 665,00 EUR |

monatlich beträgt. Wird diese Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Pauschale, ausgenommen für die ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2), einer vor- oder nachstationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 3) oder einer Sanatoriumsbehandlung (§ 8), entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen; 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 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind ohne Anrechnung auf die Höchstbeträge des Satzes 1 beihilfefähig.

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

(6) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen der Absätze 3 und 7 eine Beihilfe in wertmäßig gleicher Höhe gewährt; § 3 Abs. 3 und § 12 sind hierbei nicht anzuwenden. Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen der Absätze 3 und 7 beihilfefähig.

(7) Bei der stationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) ist der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht kommende Pflegesatz beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten sind nicht beihilfefähig, es sei denn, sie übersteigen folgende Eigenanteile:

1. bei Beihilfeberechtigten mit

- a) einem Angehörigen 40 v.H.,
- b) mehreren Angehörigen 35 v.H.

des um 510,00 EUR, bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 360,00 EUR, verminderten Einkommens,

- 2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 70 v.H. des Einkommens;

hierbei sind:

- 1. Angehörige

der Ehegatte , der Lebenspartner sowie die Kinder, die nach § 2 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind,

- 2. Einkommen

die Dienst- oder Versorgungsbezüge (ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und veränderlichen Bezügebestandteile) sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten; wird zu den Aufwendungen für die Pflege eines Angehörigen eine Beihilfe gewährt, sind dem Einkommen des Beihilfeberechtigten hinzuzurechnen:

- a) bei der stationären Pflege des Ehegatten oder Lebenspartners

die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Ehegatten oder Lebenspartners,

- b) bei der stationären Pflege eines Kindes

die Dienst- oder Versorgungsbezüge (ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und veränderlichen Bezügebestandteile), das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Ehegatten oder Lebenspartners;

die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt. Bei einer stationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung, welche die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, sind höchstens die niedrigsten vergleichbaren Kosten nach den Sätzen 1 und 3 einer zugelassenen Pflegeeinrichtung am Ort oder in der nächsten Umgebung beihilfefähig.

(8) Neben den Aufwendungen nach den Absätzen 3 bis 5 und 7 sind auch die notwendigen Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen beihilfefähig. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 entsprechend. Das für das Beihilfenrecht zuständige Ministerium kann im Einvernehmen mit dem für das allgemeine öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministerium die Voraussetzungen und den Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bestimmen sowie Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen.

(9) Aufwendungen für eine Betreuung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder Erziehung im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen (§ 71 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch), sind bis zu 256,00 EUR monatlich beihilfefähig. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 entsprechend. Ein gleichzeitiger Leistungsbezug nach Absatz 7 ist nicht möglich.

(10) Neben den Aufwendungen nach den Absätzen 3, 4 und 5, gegebenenfalls in Verbindung mit Absatz 6, sind für die in § 45 a Abs. 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Pflegebedürftigen Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen im Sinne des § 45 b des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zu 460,00 EUR im Kalenderjahr beihilfefähig. Wird der Betrag von 460,00 EUR in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übernommen werden. Liegen die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit zusätzlicher Betreuungsleistungen erst im Laufe eines Kalenderjahres vor, ist der Betrag von 460,00 EUR nur anteilig beihilfefähig.

(11) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege 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.

§ 7

Aufwendungen bei Behandlung im Ausland

(1) Die im Ausland entstehenden Aufwendungen nach den §§ 4 bis 6, 10, 10 a und 11 sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einem Verbleiben am inländischen Wohnort oder am letzten früheren inländischen Dienstort des Beihilfeberechtigten 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 § 4 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 9, 11 und 12 und Abs. 4, den §§ 5 und 5 a Abs. 1 und den §§ 6, 10, 10 a und 11 beihilfefähig sind,
2. sie 1000,00 EUR nicht übersteigen,
3. bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden oder sich aufhaltenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss,
4. der Beihilfeberechtigte seinen dienstlichen Wohnsitz im Ausland hat; dies gilt auch für die im Haushalt lebenden Angehörigen (§ 2 Abs. 1 und 2),
5. sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können, 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 des Gebietes der Mitgliedstaaten der Europäischen Union zwingend notwendig ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit kurähnlichen Maßnahmen entstehen, ist ausgeschlossen.

(3) Aufwendungen aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen nach § 8 Abs. 1 und 2 und § 9 Abs. 1 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 Beihilfenrecht zuständige Ministerium bekannt macht, aufgeführt ist und die Voraussetzungen des § 9 erfüllt sind,
 - b) bei stationärer Sanatoriumsbehandlung vom Beihilfeberechtigten nachgewiesen wird, dass die ausländische Einrichtung die Voraussetzungen des § 8 Abs. 5 erfüllt,
2. bei Maßnahmen außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union die Voraussetzungen der Nummer 1 vorliegen, außerdem durch das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union zwingend notwendig ist, und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt hat.

Fahrkosten im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Satz 1 Nr. 1 sind nach § 8 Abs. 3 und im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Satz 1 Nr. 2 nach § 4 Abs. 1 Nr. 10 beihilfefähig.

(4) Für die Aufwendungen der Überführung einer Leiche oder Urne findet § 11 Abs. 3 Anwendung.

§ 8

Sanatoriumsaufenthalt

(1) Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in einem Sanatorium sowie die Auslagen für Kurtaxe und die Kosten des ärztlichen Schlussberichts sind nur dann beihilfefähig, wenn

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

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit erlischt, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vier Monaten nach der Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen wird. Abweichend von Satz 1 Nr. 2 ist eine nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit ausreichend, wenn wegen einer notwendigen sofortigen Einlieferung 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 eines Beihilfeberechtigten und von berücksichtigungsfähigen Angehörigen 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 schwer behinderten Menschen, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, sind bei einer Unterbringung im Sanatorium die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 v. H. des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig.

(3) Die Kosten für die An- und Abreise sind unabhängig vom genutzten Beförderungsmittel 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 des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und der eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung medizinisch notwendig ist,
- nach § 4 Abs. 1 Nr. 10 beihilfefähig.

(4) Im Übrigen findet § 4 Abs. 1 Nr. 1, 3 bis 9 und 12 und Abs. 3 und 4 Anwendung.

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

§ 9

Heilkuren

(1) Aufwendungen für eine Heilkur sind beihilfefähig für Beamte (§ 1 Abs. 1 Nr. 1) mit Dienstbezügen oder Anwärterbezügen.

(2) Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 6 und 8,
2. für den Schlussbericht des Kurarztes,
3. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
4. für Unterkunft und Verpflegung für längstens 23 Tage in Höhe von 16,00 EUR täglich, für Begleitpersonen von schwer behinderten Menschen, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, in Höhe von 12,50 EUR täglich; An- und Abreisetag gelten zusammen als ein Kurtag,
5. für die An- und Abreise nach § 8 Abs. 3.

Beihilfen für Nachkuren werden nicht gewährt. Werden die Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 1, 2 und 4 pauschal in Rechnung gestellt und besteht dafür eine Preisvereinbarung mit einem Träger der Sozialversicherung, so sind diese Aufwendungen nur in Höhe des Pauschalpreises beihilfefähig.

(3) Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 bis 4 sind nur beihilfefähig, wenn

1. sich aus dem Gutachten eines von der Festsetzungsstelle bezeichneten Amts- oder Vertrauensarztes 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 2 Satz 1 Nr. 4 können bis zu 30 Kalendertage einschließlich der Reisetage als beihilfefähig anerkannt werden, wenn sich aus dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes 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.

(4) Heilkur im Sinne dieser Vorschrift ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem geeigneten Kurort durchgeführt wird, der in dem vom dem für das Beihilfenrecht 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 der Beihilfebe-

rechtigte während der Maßnahme in einem Zelt, Wohnwagen oder Wohnmobil wohnt.

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

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während
 - a) einer in § 1 Abs. 1 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 des Landesbeamtengesetzes sowie
 - d) während einer Zeit, in der der Beihilfeberechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient.

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 Beihilfenrecht 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. Bei unmittelbaren Landesbediensteten kann das für das Beihilfenrecht 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 Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes 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 der Beihilfeberechtigte 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. solange der Beihilfeberechtigte aus straf- oder disziplinarrechtlichen Gründen vorläufig des Dienstes enthoben ist,
6. wenn die Versetzung in den Ruhestand oder die Entlassung unmittelbar bevorsteht,
7. wenn dem Beihilfeberechtigten auf Grund besonderer Vorschriften wegen des Leidens, auf Grund dessen er die Heilkur beantragt hat, ein Anspruch auf Heilfürsorge zusteht.

§ 10

Geburtsfälle

(1) Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung und die ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik,
2. entsprechend § 4 Abs. 1 Nr. 1, 5, 6 und 8,
3. für die Hebamme und den Entbindungspfleger im Rahmen der Gebührenordnung,
4. für die Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten in entsprechender Anwendung des § 4 Abs. 1 Nr. 2,
5. für Pflegekräfte im Sinne des § 4 Abs. 1 Nr. 12 und Abs. 4; bei ambulanten Geburten und Geburten in der Wohnung beginnt der Zeitraum von 14 Tagen (§ 4 Abs. 4 Satz 3) mit dem Tag der Geburt,
6. für die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten. § 4 Abs. 1 Nr. 10 gilt entsprechend,
7. für 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 der Beihilfeberechtigte 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.

§ 10 a

Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

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

(2) Aus Anlass eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs oder einer nicht rechtswidrigen Sterilisation sind die in § 4 Abs. 1 Nr. 1 bis 4, 6 und 9 und Abs. 4 bezeichneten Aufwendungen beihilfefähig.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen in Todesfällen umfassen nur die Kosten für die Leichenschau, den Sarg bis zur Höhe der Kosten eines einfachen Eichensarges, die Einsargung, die Aufbahrung, die Überführung der Leiche vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz oder die Überführung zum nächstgelegenen Krematorium, die Einäscherung, die Urne, die Überführung der Urne zur Beisetzungsstelle bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes für die Urne, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal. Die Kosten für den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes sind nur bis zum Betrag von 250,00 EUR

beihilfefähig, es sei denn, dass die Kosten für den Erwerb eines Reihengrabes für die übliche Liegezeit höher sind oder wären.

(2) Stirbt ein im Inland wohnender Beihilfeberechtigter auf einer Auslandsdienstreife, sind die im Ausland entstehenden Aufwendungen im Sinne des Absatzes 1 in angemessenem Umfang beihilfefähig.

(3) Stirbt ein im Inland wohnender Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger bei privatem Aufenthalt im Ausland, sind die Aufwendungen im Ausland bis zur Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig, die im Inland entstanden wären. Überführungskosten der Leiche oder der Urne sind bis zur Höhe der Kosten einer Überführung von der deutschen Grenze bis zum Familienwohnsitz beihilfefähig.

(4) Verbleibt mindestens ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger oder selbst beihilfeberechtigter Angehöriger oder ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren im Haushalt und kann dieser beim Tode des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in entsprechender Anwendung des § 4 Abs. 4 bis zu sechs Monaten, in Ausnahmefällen mit Zustimmung des für das Beihilfenrecht zuständigen Ministeriums bis zu einem Jahr beihilfefähig.

(5) Die Frist des § 3 Abs. 5 beginnt frühestens mit dem Zeitpunkt des Todesfalles.

§ 12

Bemessung der Beihilfen

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

- | | |
|---|----------|
| 1. den Beihilfeberechtigten (§ 1 Abs. 1 Nr. 1) | 50 v.H., |
| 2. den Empfänger von Versorgungsbezügen
(§ 1 Abs. 1 Nr. 2 und 3), der als solcher beihilfeberechtig ist, | 70 v.H., |
| 3. den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner | 70 v.H., |

4. ein nach § 2 Abs. 2 berücksichtigtes Kind
sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, 80 v.H.

Sind zwei oder mehr Kinder nach § 2 Abs. 2 berücksichtigungsfähig, so beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Satz 2 Nr. 1 70 v.H.; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden 70 v.H.; diese Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

(2) In den Fällen des § 1 Abs. 1 Nr. 4 wird der Bemessungssatz zugrunde gelegt, der dem Verstorbenen bei eigener Antragstellung für seine Person zugestanden hätte.

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

1. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
2. nach § 4 Abs. 4 als Aufwendungen der stationär oder auswärts untergebrachten Person,
3. nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 5 und 6 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 10 Abs. 1 Nr. 4 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter,
5. nach § 11 Abs. 4 als Aufwendungen der ältesten verbleibenden Person.

(4) 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. 2 a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.

(5) Bei Mitgliedern einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die den Krankenkassenbeitrag in voller Höhe selber tragen und auf die § 3 a Abs. 1 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 § 10 Abs. 1 Nr. 5 und § 11 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 des Beihilfeberechtigten oder einer berücksichtigungsfähigen Person einen eigenen Beitrag zur Krankenversicherung der Rentner oder einen Zuschuss zum Krankenkassenbeitrag von insgesamt nicht mehr als 41,00 EUR monatlich zahlt.

(6) Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 1 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 genannten Personen sowie ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die Mitglied in der privaten Krankenversicherung sind und nach Maßgabe des § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen Zuschuss zu ihren Versicherungsbeiträgen erhalten, ermäßigt sich der Bemessungssatz um 20 v.H. Satz 1 findet entsprechende Anwendung, wenn eine in § 1 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 genannte Person oder ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist, einen Zuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum Krankenkassenbeitrag erhält und die Krankenkasse nachweislich keine Leistungen zu den Aufwendungen gewährt. Die Sätze 1 und 2 finden bei beihilfefähigen Aufwendungen nach den §§ 8, 9 und 11 keine Anwendung. § 3 a Abs. 1 bleibt unberührt.

(7) Die Festsetzungsstelle kann, ausgenommen in den Fällen des § 6, mit Zustimmung des für das Beihilfenrecht zuständigen Ministeriums den Bemessungssatz erhöhen, wenn dies zur Beseitigung einer unverschuldeten Notlage erforderlich ist.

(8) Auf Antrag beträgt der Bemessungssatz für Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten oder Lebenspartner 80 v.H., wenn

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

Der Antrag ist nur für die Zukunft zulässig. Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Bruttoversorgungsbezüge einschließlich jährlicher Sonderzahlung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen des Versorgungsempfängers und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartners, nicht jedoch Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

§ 12 a
aufgehoben

§ 12 b
Begrenzung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe darf in den Fällen des § 1 Abs. 1 Nr. 4 Satz 2 zusammen mit Sterbe- und Bestattungsgeldern sowie sonstigen Leistungen, die zur Deckung der Aufwendungen bestimmt sind, die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen. Zur Ermittlung des Höchstbetrages der Beihilfe ist der Gesamtsumme der zu gewährenden Leistungen die Summe aller aus Anlass einer Krankheit des Verstorbenen und seines Todes geltend gemachten Aufwendungen gegenüberzustellen.

(2) Die Beihilfe darf in anderen als in Absatz 1 genannten Fällen zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in § 3 Abs. 1 Nr. 4 und 5 und den §§ 4 bis 11 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe zu gewähren ist. Die Aufwendungen nach den §§ 6, 9 und 11 werden jeweils getrennt, die übrigen Aufwendungen zusammen abgerechnet. Dabei ist

1. in den Fällen des § 1 Abs. 1 Nr. 4 Satz 1 der Summe aller aus Anlass des Todesfalles geltend gemachten Aufwendungen die Gesamtsumme der aus diesem Anlass gewährten Leistungen,
2. im übrigen der Summe der mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen die Gesamtsumme der hierauf entfallenden Leistungen

gegenüberzustellen. Hierbei werden Beihilfen nach § 6 Abs. 4 und § 10 Abs. 2 sowie Leistungen aus einer Krankentagegeld-, Pflegetagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung nicht und Sterbegeld nach § 18 Abs. 1 des Beamtenversorgungsgesetzes oder entsprechenden Regelungen nur hinsichtlich der Aufwendungen nach § 11 und nur zur Hälfte berücksichtigt.

(3) Die in den Absätzen 1 und 2 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.

§ 12 c

Kostendämpfungspauschale

(1) Die nach Anwendung des § 12 b verbleibende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem die Aufwendungen in Rechnung gestellt worden sind, um folgende Kostendämpfungspauschale gekürzt:

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

(2) Die Beträge nach Absatz 1 werden bei Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit vermindert.

(3) Die Beträge nach Absatz 1 bemessen sich

1. bei Ruhestandsbeamten und früheren Beamten (§ 1 Abs. 1 Nr. 2) nach dem Ruhegehaltssatz,
2. bei Witwen und Witwern sowie hinterbliebenen Lebenspartnern (§ 1 Abs. 1 Nr. 3) nach 55 v. H. des Ruhegehaltssatzes;

dabei darf die Kostendämpfungspauschale in den Fällen der Nummer 1 70 v.H. und in den Fällen der Nummer 2 40 v. H. der Beträge nach Absatz 1

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

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

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

(6) Die Kostendämpfungspauschale entfällt

1. bei Empfängern von Anwärterbezügen,
2. bei Witwen und Witwern sowie hinterbliebenen Lebenspartnern in dem Kalenderjahr, in dem der Anspruch nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 entsteht,
3. bei Waisen (§ 1 Abs. 1 Nr. 3),
4. in den Fällen des § 1 Abs. 1 Nr. 4 und
5. bei Mitgliedern von Krankenkassen im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Kostendämpfungspauschale entfällt ebenfalls für Aufwendungen

1. für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge (§ 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4),
2. für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5),
3. für die Schwangerschaftsüberwachung und die ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik (§ 10 Abs. 1 Nr. 1) sowie für im Zusammenhang mit der Schwangerschaft verordnete Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen (§ 4 Abs. 1 Nr. 6), und
4. bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 6).

Verfahren

(1) Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt; hierfür sind im unmittelbaren Landesdienst die von dem für das Beihilfenrecht zuständigen Ministerium, im Übrigen die von der obersten Dienstbehörde bestimmten Formblätter zu verwenden.

(2) Die Beihilfeanträge können unter Beifügung der Belege in verschlossenem Umschlag über die Beschäftigungsdienststelle der Festsetzungsstelle vorgelegt werden. Sie sind vertraulich zu behandeln.

(3) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte nachweist, dass die entstandenen Aufwendungen 200,00 EUR - bei Mitgliedern von Krankenkassen im Sinne des § 4 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Empfängern von Anwärterbezügen 100,00 EUR - übersteigen; in den Fällen des § 3 a Abs. 1 tritt an die Stelle der Aufwendungen der nach der Kürzung verbleibende Betrag.

(4) Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Stehen mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfen zu, so wird eine Beihilfe nur dem gewährt,

1. der die Originalbelege zuerst vorlegt oder
2. den die Eltern eines berücksichtigungsfähigen Kindes in einer gemeinsamen Erklärung bestimmt haben, falls die für die Beihilfeberechtigten geltenden Vorschriften ein solches Wahlrecht einräumen.

(5) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle durch Stempelaufdruck oder durch Perforation zu entwerten.

(6) Auf eine zu erwartende Beihilfe können angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden. In den Fällen des § 6 Abs. 4 und 7 wird auf Antrag für die Dauer von jeweils sechs Monaten ein Abschlag auf eine Beihilfe gezahlt.

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

(8) 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 des § 7 Abs. 2 Nr. 6 und Abs. 3 sowie der §§ 8 und 9.

§14

(aufgehoben)

§ 15

Verwaltungsvorschriften

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

§ 16*

Inkrafttreten – Übergangsbestimmungen

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. April 1958 in Kraft. Gleichzeitig treten die Beihilfengrundsätze vom 25. Juni 1942 (RBB S. 157) in der im Bereich des Landes Rheinland-Pfalz zuletzt geltenden Fassung außer Kraft.

GVBl. 2006 S. 303, 362

Änderung GVBl. 2006 S. 403

* Die Bestimmung betrifft das In-Kraft-Treten der Beihilfenverordnung in der ursprünglichen Fassung vom 31. März 1958. Die Beihilfenverordnung in der Fassung vom 1. August 2006 gilt ab 1. September 2005.