

**Durchführungshinweise gemäß § 14 BremBVO
zur Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und
Geburtsfällen (Bremische Beihilfeverordnung - BremBVO -)**

Zu § 1

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die dem Beamten und seiner Familie gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten zu beteiligen, die durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird.

Zu § 1a

Zu Absatz 1

- 1 Die in Nummer 3 genannten Personen sind bereits von dem Tage an selbst beihilfeberechtigt, an dem der Beihilfeberechtigte stirbt.
- 2 Empfänger von Übergangsgeld nach § 47 BeamtVG sowie von Unterhaltsbeitrag auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.

Zu Absatz 4

Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig. Absatz 4 stellt klar, aus welchem Rechtsverhältnis eine Beihilfe beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften zu gewähren ist.

Zu Absatz 5

- 1 Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben und auf Grund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V bzw. keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist aus Fürsorgegründen § 1a Abs. 4 BremBVO nicht anzuwenden. In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.
- 2 Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen. Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

Zu Absatz 8

Wird einem teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines Beamten der auf Grund Tarifvertrags zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten, wenn die

sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen (z.B. § 3 Abs. 6) erfüllt sind. Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund Tarifvertrag zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 3 Abs. 8). § 3 Abs. 10 findet keine Anwendung. Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzung des § 4a ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch des beamteten Ehegatten.

Zu § 2

Zu Absatz 2

- 1 Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Familienzuschlag zusteht (z.B. Kinder von Beihilfeberechtigten, die Anspruch auf Anwärterbezüge haben) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden.
- 2 Solange der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt wird, bleiben die Kinder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig. Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird.

Zu § 3

Zu Absatz 1

Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des § 8 beihilfefähig. Aufwendungen für andere vorbeugende Maßnahmen (z.B. ungezielte umfassende Untersuchungen - sog. check up) sind nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 2

- 1 Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ, § 1 Abs. 2 Satz 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ).
- 2.1 Die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zu Grunde zu legen sind. Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einfachsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.
- 2.2 Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und

G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind - § 1 Abs. 2 Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000, veröffentlicht im BGBl. I S. 818 -. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Gebührenziffern:

- Abschnitt B der GOÄ: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- bzw. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95;
- Abschnitt G der GOÄ: 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.

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

3.1 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nach § 5 Abs. 1 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war oder
- einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z.B. Nr. 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nr. 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

3.2 Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt/Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer/Zahnärztekammer oder eines medizinischen/zahnmedizinischen Gutachters einzuholen.

3.3 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig (vgl. Hinweis 1). Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen i.S. der Beihilfevorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ, § 5 Abs. 1

GOZ) ist nach der Begründung gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen vom Senator für Finanzen zugelassen werden.

- 4 Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2a SGB V) beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standardtarifs zählen, nach § 5b GOÄ, § 5a GOZ und § 1 Abs. 1 GOP i.V.m. § 5b GOÄ.
- 5 Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen vergleiche die als Anhang 1 beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht.
- 6 Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. Wird das Einverständnis verweigert und kann die Berechtigung des Anspruchs nicht anderweitig nachgewiesen werden, wird eine Beihilfe nicht gewährt.

Zu Absatz 4 Nr. 3

Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub ohne Bezüge (UoB) nach § 26 Bremische Urlaubsverordnung von längstens einem Monat unberührt.

Zu Absatz 6

- 1 Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:

- 1.1 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
- 1.2 Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
- 1.3 Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
- 1.4 Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
- 1.5 Einkünfte aus Kapitalvermögen,
- 1.6 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
- 1.7 sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG.

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.

- 2 Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte keine Einkünfte mehr über 10.000 Euro und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr die Einkommensgrenze überschritten haben.

Zu § 4

Zu Absatz 1

Legasthenie ist keine Erkrankung i.S. des § 4 Abs. 1. Aufwendungen für eine derartige Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 1

- 1 Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.
- 2 Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig.

Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne sowie der Nr. 002 des Gebührenverzeichnisses der GOZ beihilfefähig. Aufgrund der Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 05. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) entfällt für Aufwendungen die ab dem 01.01.2012 entstehen der Hinweis 2 Satz 2.

- 3 Die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind durch eine dem § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ entsprechende Rechnung des Zahnarztes oder Dentallabors nachzuweisen; sie sind im Rahmen der Nummer 1 der Anlage 2 zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 beihilfefähig.
- 4 Das Seitenzahngebiet (Nr. 5 Satz 1 der Anlage 2) beginnt ab Zahn 4. Für die Größe der Brücke ist die Anzahl der nebeneinander liegenden, durch Brückenglieder zu ersetzenden Zähne maßgebend. Überschreitet die zu ersetzende Lücke die jeweilige Obergrenze von 3 bzw. 4 Zähnen, sind die hierauf entfallenden Material- und Laborkosten (Mehrkosten) nicht beihilfefähig.

Beispiel:

K = Krone (GOZ-Nummern 501 bzw. 502, 503, 504)

B = Brückenglied (GOZ-Nummer 507, je Einzelbrücke einmal berechenbar)

1.

8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
K	B	B	B	K												

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

2.

8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
K	B	B	B	B	K											

Die für den Seitenzahnbereich bestehende Obergrenze wird überschritten. Die auf ein Brückenglied entfallenden anteiligen Material- und Laborkosten (Mehrkosten) sind nicht beihilfefähig.

3.

8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	/	1	2	3	4	5	6	7	8
	K	B	B	B	B	K	B		B	K						

Es handelt sich im beihilferechtlichen Sinn um zwei Einzelbrücken, die die jeweils maßgebende Obergrenze von vier Zähnen nicht überschreiten. Die Aufwendungen sind beihilfefähig.

- 4.1 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Verblendungen im nicht sichtbaren Seitenzahngebiet (Oberkiefer ab Zahn 6 und Unterkiefer ab Zahn 5) einschließlich der anfallenden Nebenkosten, wie Charakterisierung.
- 4.2 Aufgrund der Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 05. Dezember 2011 finden zur Durchführung von Ziffer 1 für Aufwendungen die ab dem 01.01.2012 entstehen die Gebührennummern 2150 bis 2180, 2200 bis 2250 und 2310 bis 2320 des Abschnitts C der geänderten GOZ Anwendung. Diese entsprechen den bisherigen Nummern 213 bis 232 der Ziffer 1. Die weiteren Abschnitte bleiben unberührt.

In Ziffer 3. findet die Gebührennummer 8000 der GOZ Anwendung. Diese entspricht der bisherigen Nummer 800.

- 5 Voranerkennungsverfahren gemäß Nummern 2 und 3 der Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 Nr. 1:
- 5.1 Die Festsetzungsstelle beauftragt einen bestellten vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung sowie mit der Bewertung der Angaben des Arztes oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- 5.1.1 Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle das Formblatt ("Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie") ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat er (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf einem Formblatt einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.
- 5.1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit einem Formblatt den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG, BGBl. I 1998, S. 1311) einholen.
- 5.1.3 Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt/die ausgefüllten Formblätter in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilfeberechtigten/Patienten.
- 5.1.4 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens.
- 5.1.5 Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme der Festsetzungsstelle.

- 5.1.6 Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.
- 5.2. Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten. Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in den Nummern 2.4.1 bis 2.4.4 und 3.4.1 bis 3.4.3 der Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.
- 5.2.1 Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme der Festsetzungsstelle.
- 5.2.2 Auf Grundlage der (ober-)gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.
- 5.3 Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummern 2.3 und 3.3 der Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 Nr. 1) leitet die Festsetzungsstelle den vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat.
- 5.4 Die Kosten des Gutachtens sind bis zur Höhe von 41 Euro und des Obergutachtens bis zur Höhe von 82 Euro jeweils zuzüglich der Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, aus Beihilfemitteln zu erstatten.

Zu Absatz 1 Nr. 2

- 1 Die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ist durch den Pflegesatz nach der BPfIV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig.
- 2 Nach § 14 Abs. 6 BPfIV dürfen zusätzlich zu einer Fallpauschale Sonderentgelte, ein teilstationärer Pflegesatz für Dialysepatienten sowie bestimmte Zuschläge berechnet werden. Entsprechende Aufwendungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch für den Investitionszuschlag nach § 14 Abs. 8 BPfIV, den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes sowie jeden Belegungstag bei Fallpauschalen berechnen. Beihilfefähig ist auch der Zuschlag (DRG-Systemzuschlag), der von Krankenhäusern nach dem Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der BPfIV (DRG-Systemzuschlags-Gesetz vom 27. April 2001, BGBl. I S. 772) berechnet wird.
- 3 Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Wahlleistungen - § 22 BPfIV- sind nicht beihilfefähig.
- 4 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 23 BPfIV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 22 BPfIV beihilfefähig.

- 5 Zu vollstationären oder teilstationären Krankenhausleistungen zählen auch stationäre und teilstationäre Leistungen zur Rehabilitation, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen (Anschlussrehabilitation). Als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

Zu Absatz 1 Nr. 4

- 1 Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie ggf. der Behandlungspflege bedürfen:
- a) Zur Grundpflege zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z.B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z.B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
 - b) Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, das Beheizen.
 - c) Die Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen.

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

- 2 Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 5

Die Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 sind auch dann insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird; Entsprechendes gilt für alleinstehende Beihilfeberechtigte. Nur geringfügig ist eine Erwerbstätigkeit dann, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt. Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Zu Absatz 1 Nr. 6

Grundsätzlich sind seit dem 16. März 2004 nur noch verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der Verordnung ausgeschlossen. Hierzu gehören insbesondere Lifestyle-Arzneimittel zur Behandlung von erektiler Dysfunktion, Nikotinabhängigkeit, Verbesserung des Haarwuchses sowie Abmagerungsmittel, die in Anlage 8 der Richtlinie zu § 34 Abs. 1 n. F. SGB V explizit aufgeführt sind.

- 1 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind, es sei denn, in Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ist etwas anderes bestimmt. Zu dieser Arzneimittelgruppe gehören auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie. Voraussetzung für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist die Angabe der Diagnose. Falls diese nicht aus vorliegenden Liquidationen oder Unterlagen zu erkennen ist, ist vom Beihilfeberechtigten eine Bestätigung des behandelnden Arztes beizubringen.
- 2 Bei den homöopathischen und anthroposophischen Arzneimittel ist zu beachten, dass nach den Grundsätzen der klassischen Homöopathie jede Behandlung mit einem individuell auf den Patienten, sein Persönlichkeitsprofil und sein jeweiliges Krankheitsbild abgestimmten Arzneimittel erfolgt. Das gleiche Arzneimittel kann dadurch bei ganz unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt werden. Bei diesen Mitteln ist daher ausschließlich auf eine Diagnose nach Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abzustellen.
- 3 Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk des Arztes oder Zahnarztes erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.
- 4 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z.B. D-Fluoretten, Vigantolekten) bei Säuglingen und Kleinkindern.
- 5 In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für vollbilanzierte Formeldiäten beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig sind bei
 - Ahornsirupkrankheit
 - Colitis ulcerosa
 - Kurzdarmsyndrom
 - Morbus Crohn
 - Mukoviszidose mit starkem Untergewicht
 - Phenylketonurie
 - erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z.B. Mundboden- und Zungenkarzinom)
 - Tumortherapien (auch nach der Behandlung)
 - postoperativer Nachsorge.

- 6 Aufwendungen für vollbilanzierte Formeldiäten, die für Säuglinge und Kleinkinder bei Neurodermitis für diagnostische Zwecke eingesetzt werden, sind für einen Zeitraum von einem halben Jahr beihilfefähig.
- 7 Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption sind nicht beihilfefähig, es sei denn, sie werden als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.

Zu Absatz 1 Nr. 8

- 1 Die in Satz 3 genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich anerkannte Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, Rd. Erlass vom 30. Juli 1979, Nds. MBl. S. 1499) oder staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157) im Rahmen des Hinweises 3, Abschnitt VIII. (Logopädie) als beihilfefähig anerkannt werden. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.
- 2 Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für die in Hinweis 3 genannten Heilbehandlungen. Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilbehandlungen, die weder im Hinweis 3 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet der Senator für Finanzen.
 - 2.1 Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) - Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses - sind bei Vorliegen folgender Voraussetzungen beihilfefähig:
 - 2.1.1 Erweiterte ambulante Physiotherapie

Leistungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie werden nur auf Grund einer Verordnung von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen anerkannt:

 - 2.1.1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und/oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
 - nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik

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

2.1.1.2 Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen
- Osteotomien der großen Röhrenknochen

2.1.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit

- Schulterprothesen
- Knieendoprothesen
- Hüftendoprothesen

2.1.1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

- Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband)
- Schultergelenkläsionen, insbesondere nach:
operativ versorgter Bankard-Läsion,
Rotatorenmanschettenruptur,
schwere Schultersteife (frozen sholder),
Impingement-Syndrom,
Schultergelenkluxation,
tendinosis calcarea,
periathritis humero-scapularis (PHS)
- Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss

2.1.1.5 Amputationen

2.1.2 Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärzten reicht nicht aus.

Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

2.1.3 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- Krankengymnastische Einzeltherapie
- physikalische Therapie nach Bedarf
- medizinisches Aufbautraining

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

- Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
- Isokinetik
- Unterwassermassage

2.1.4 Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.

2.1.5 Die in Nr. 2.1.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.

2.2 Medizinisches Aufbautraining (MAT)

Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn

- das medizinische Aufbautraining von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
- Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
- jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird. Die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt. Hinsichtlich der Angemessenheit der Kosten siehe Anhang 1 zu Hinweis 5 zu § 3 Abs. 2 und Nr. 15 des Hinweises 3 zu § 4 Abs. 1 Nr. 8 BremBVO.

Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautraining entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

3 Für Heilbehandlungen eines Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Podologen, Masseurs oder Masseurs und medizinischen Bademeisters werden für die Angemessenheit der Aufwendungen nachstehende Höchstbeträge festgelegt. Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose "Diabetisches Fußsyndrom" beihilfefähig.

...

Ifd. Nr.	Heilbehandlungsverzeichnis/Leistung (zu § 4Abs. 1 Nr. 8 BremBVO)	beihilfefähiger Höchstbetrag in €
I. Inhalationen¹⁾		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Krankengymnastische Behandlung ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung ²⁾³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Behandlung ²⁾⁵⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen ²⁾	7,70
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80

12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen 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
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder 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) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	8,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmessenrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	10,30
22	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	▪ Teilpackung	20,50
	▪ Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,90

	c) Kaltpackung (Teilpackung)	
	- Anwendung von Lehm, Quark o. Ä.	7,70
	- Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkompressen	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe)	
	- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)	
	- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	20,00
25	a) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
	b) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
26	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	39,90
28	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
29	Sole-Photo-Therapie	
	Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad)	
	- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,50

c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad)- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	21,00
d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10

Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt sowie in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter Nummern 30a bis c und 31b angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 d beihilfefähig.

V. Kälte- und Wärmebehandlung

32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80 6,70
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	
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
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 Teilnehmer	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
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 des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
	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
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70

X. Sonstiges

53	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
54	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 53 und 54 nur anteilig je Patient beihilfefähig.	

XI. Podologische Therapie¹³⁾

55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
56	Nagelhautabtragung an einem Fuß	8,70
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
59	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
60	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
61	Zuschlag für ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
62	Besuch bei mehreren Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. 61 abrechenbar); je Person	3,50

- 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 auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- 3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z.B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
- 4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
- 5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
- 6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
- 7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.
- 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, 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 4-6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnose
- 13) Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose "Diabetisches Fußsyndrom" beihilfefähig

- 4 Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind die Aufwendungen für Heilbehandlungen nur beihilfefähig, sofern sie durch einen in Satz 3 genannten Behandler durchgeführt werden. Dabei gilt Folgendes:
 - 4.1 Art und Umfang der durchgeführten Heilbehandlung sind nachzuweisen. Aufwendungen hierfür sind im Rahmen der im Hinweis 3 genannten Höchstbeträge beihilfefähig. Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.
 - 4.2 Wird bei einer teilstationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig; Platzfreihaltgebühren sind damit nicht beihilfefähig.
 - 4.3 Wird bei einer stationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig. Für die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind 5,50 Euro beihilfefähig. Für Platzfreihaltgebühren, die für die Unterbrechung durch Krankheit des Behandelten erhoben werden, sind bis zu 5,50 Euro beihilfefähig.
 - 4.4 Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, können z.B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen und Behindertenwerkstätten sein.

Zu Absatz 1 Nr. 9

- 1 Die in Nummer 6 der Anlage 3 genannten Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind medizinische Kompressionswadenstrümpfe, -(halb)schenkelstrümpfe, -strumpfhosen, -stumpfstrümpfe, -armstrümpfe sowie Narbenkompressionsbandagen, Ein- und Mehrkammergeräte und Befestigungshilfen (Hautkleber, Strumpfhaltersysteme, Leibteile, Leibgurte).
- 2 Aufwendungen für Hörgeräte nach Nummer 1 der Anlage 3 (einschließlich der Nebenkosten) sind bis zu einem Höchstbetrag von 1 050 Euro je Ohr beihilfefähig. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung sind daneben beihilfefähig.
- 3 Die Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind für maximal 4 Paar Schuhe pro Jahr anzuerkennen.
- 4 Aufwendungen für Sehhilfen sind grundsätzlich nur noch für Personen bis zum 18. Lebensjahr beihilfefähig. Ausnahmen hiervon sind in Nummer 12 der Anlage 3 zu § 4 Abs. 1 Nr. 9 geregelt.
 - 4.1 Sehhilfen für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind unter Beachtung der Höchstsätze nach Nummer 11 beihilfefähig, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifizierung des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Eine schwere Sehbehinderung, die zur Versorgung zu Lasten der Beihilfe führen kann, liegt somit nur vor, wenn die Sehschärfe (Visus) auf jedem Auge maximal 0,3 beträgt. 0,3 bedeutet, dass der Patient aus drei Meter Entfernung

das sehen kann, was ein Normalsichtiger aus zehn Meter Entfernung sehen kann. Besteht bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf einem Auge eine Sehleistung von $\leq 0,3$ (kleiner oder gleich 30 %), auf dem anderen bei bestmöglicher Korrektur eine Sehbehinderung von $> 0,3$ (größer als 30 %), besteht kein Leistungsanspruch. Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3 auf einem Auge allein reicht somit für einen Leistungsanspruch nicht aus.

Die Indikation (Indikationsschlüssel) ist auf der Verordnung anzugeben. Die Angabe der Dioptrien ist nicht ausreichend bzw. erforderlich.

Maßgebliche Indikationen; Codierungsschlüssel gemäß ICD-10-Klassifikation (ICD-10-GM-Version 2004, Kapitel VII, Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde)

- **H 54.0 Blindheit beider Augen**
Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.
- **H 54.1 Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges**
Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung eines Auges, Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung des anderen Auges.
- **H 54.2 Sehschwäche beider Augen**
Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider Augen

Der Begriff "Sehschwäche" in der Kategorie H 54 schließt die Stufen 1 und 2 der nachfolgenden Tabelle ein, der Begriff "Blindheit" die Stufen 3,4,5. Wenn die Größe des Gesichtsfeldes mitberücksichtigt wird, sollten Patienten, deren Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht größer als 10 Grad, aber größer als 5 Grad ist, in die Stufe 3 eingeordnet werden; Patienten, deren Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht größer als 5 Grad ist, sollten in die Stufe 4 eingeordnet werden, auch wenn die zentrale Sehschärfe nicht herabgesetzt ist.

Bezeichnung gemäß ICD 10	Stufen der Sehbeeinträchtigung gemäß WHO	Sehschärfe mit bestmöglicher Korrektur	
		Maximum weniger als:	Minimum bei oder höher als:
Sehschwäche	1	6/18 3/10 (0,3) 20/70	6/60 1/10 (0,1) 20/200
Sehschwäche	2	6/60 1/10 (0,1) 20/200	3/60 1/20 (0,05) 20/400
Blindheit	3	3/60 1/20 (0,05) 20/400	1/60 (Fingerzählen bei 1 m) 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200)
Blindheit	4	1/60 (Fingerzählen bei 1 m) 1/50 (0,02) 5/300	Lichtwahrnehmung
Blindheit	5	Keine Lichtwahrnehmung	

- Erhebliche Gesichtsfeldausfälle

Einschränkungen des Sehvermögens im Hinblick auf das Sehfeld, dabei wird unterschieden zwischen peripheren und zentralem Gesichtsfeldausfall. Nach fachärztlicher Bescheinigung können beihilfeseitig z.B. die Aufwendungen bei folgenden Indikationen

- *Hemianopsie*
- *Quadrantenanopsie*
- *Skotom*
- *Tunnel- oder Röhrensehen*
- *Maculadegeneration*

anerkannt werden.

Bei erneuter Beschaffung einer Sehhilfe ist immer eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die Indikation (Diagnoseschlüssel H 54.0 bis H 54.2) muss auf der Verordnung angegeben sein.

4.2 Therapeutische Sehhilfen

Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen gemäß Nummer 12 Satz 2 der Anlage 3 zu § 4 Abs. 1 Nr. 9 sind altersunabhängig und für alle Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit richtet sich dabei nach den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkasse über die Verordnung von Hilfsmittel in der vertragsärztlichen Versorgung "Hilfsmittel-Richtlinien"), in denen die Indikationen für therapeutischen Sehhilfen festgelegt sind. Es gelten die für die Hilfsmittel vorgesehenen Abzugsbeträge.

Zu Absatz 1 Nr. 11

Die Aufwendungen für die Registrierung sind nach Absatz 1 Nr. 1 beihilfefähig.

Zu § 4 Absatz 2 Nr. 1

1 Völliger Ausschluss

Gemäß Satz 1 wird für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausgeschlossen:

A

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

B

- Bachblüten-Therapie

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

C

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

E

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

F

- Feldenkreistherapie
- Frischzellentherapie

G

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

H

- Heileurhythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

I

- Immuno-augmentative Therapie (IAT)
- Immunseren (Serocytol-Präparate)
- Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem 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)

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

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

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

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

R

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

S

- Schwingfeld-Therapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

- Zellmilieu-Therapie

2 Teilweiser Ausschluss

Gemäß Satz 1 wird für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen begrenzt:

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. In Zweifelsfällen ist eine Bestätigung durch einen Gutachter einzuholen.

- Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT)

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea (Kalkschulter) oder der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach GOÄ-Ziffer 1800 beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

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

- Klimakammerbehandlungen

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

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

- Magnetfeldtherapie

Die Therapie mit Magnetfeldern ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophen Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.

- Ozontherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens

eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- Prostata-Hyperthermie-Behandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.

- Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z.B. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 des Hinweises 3 zu § 4 Abs. 1 Nr. 8 zugeordnet.

- Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten

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

- 3 Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist dieses dem Senator für Finanzen zu berichten.

Zu § 4a

Zu Absatz 1

Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung . Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 4 Abs. 1 Nr. 4 beihilfefähig.

Zu Absatz 2

- 1 Krankheiten oder Behinderungen sind

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

- 2 Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

- 3 Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
 - im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- 4 Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Zu Absatz 3

- 1 Als Pflegeeinsatz gilt die Tätigkeit, die die geeignete Pflegekraft bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität bzw. der hauswirtschaftlichen Versorgung jeweils zusammenhängend erbringt.
- 2 Bis zu den festgelegten Obergrenzen der beihilfefähigen Aufwendungen sind die Kosten einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung beihilfefähig. Hierbei gelten die jeweiligen Pflegeeinsätze als erbracht, soweit im Einzelfall nicht eine geringere Inanspruchnahme nachgewiesen wird. Stellt die teilstationäre Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 vom Hundert des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.
- 3 Wird ein dauernd Pflegebedürftiger vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung gepflegt (Kurzzeitpflege), sind die Pflegeaufwendungen bis 1.432,00 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig.
- 4 Auf Grund des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14.12.2001, BGBl I S. 3728, können Beihilfen zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen für den in § 45a SGB XI beschriebenen Personenkreis neben Leistungen nach § 4a Abs. 3, 4 und 5 gewährt werden. Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 45b SGB XI. Wird der Höchstbetrag von 460 Euro in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Werden die Voraussetzungen nach § 45a SGB XI erst im Laufe eines Kalenderjahres erfüllt, ist der Höchstbetrag von 460 Euro nur anteilig anzuerkennen. Für Personen, die Leistungen nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhalten, gilt § 4a Abs. 7 entsprechend.

Zu Absatz 4

- 1 Beihilfen zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 39 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 4a Abs. 7 entsprechend.

- 1.1 Beihilfen werden auch zu Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Pflege-Pflichteinsätze) gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilig Zuschüsse zahlt. Die Durchführung der Beratungen ist nach § 37 Abs. 4 SGB XI auch gegenüber der Festsetzungsstelle zu belegen. Der Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Abs. 3 und 6 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 4a Abs. 7 entsprechend.
- 2 Entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von Satz 3 sind z.B. solche nach § 35 Abs. 1 BVG, § 34 BeamtVG. Dies gilt nicht für Leistungen nach § 69a BSHG.
- 3 Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.
- 4 Für die in Hinweis 1 genannten Personen sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 in Verbindung mit § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. Die Beiträge sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung ergeben sich aus einer Information des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur Durchführung der Rentenversicherung der Pflegepersonen durch die Festsetzungsstellen der Beihilfe, die das Bundesministerium des Innern bekannt gibt.

Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. Die Festsetzungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht. Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der privaten und sozialen Pflegeversicherung.

Zu Absatz 5

Bei einer Kombination der Leistungen nach den Absätzen 3 und 4 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.

Zu Absatz 6

- 1 Angemessen sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege pauschal
 - a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023,00 Euro monatlich,
 - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279,00 Euro monatlich,
 - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432,00 Euro monatlich,
 - d) für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des SGB XI als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1.688,00 Euro monatlich.
- 2 Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Abs. 1 Satz

1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).

- 3 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig.
- 4 Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genannten Aufwendungen.
- 5 Werden in den Fällen des Satzes 3 die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.
- 6 Betten- und Platzfreihaltegebühren, die durch die Unterbrechung wegen Krankheit des Pflegebedürftigen erhoben werden, gehören zu den pflegebedingten Aufwendungen und sind daher im Rahmen der Höchstsätze beihilfefähig.
- 7 Das Einkommen ist vom Beihilfeberechtigten durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen:
 - 7.1 Renten sind mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen; dies ist bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses und vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.
 - 7.2 Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz.
 - 7.3 Ist der Ehegatte berufstätig, kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Einkommensgrenze überschritten wird. Soweit der Beihilfeberechtigte nachweist, dass beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbstständigen oder nichtselbstständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. Bei monatlich schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten 12 Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen.

Zu § 4b

- 1 Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativmedizinisch, d.h. leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben.
- 2 In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in seinem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist.

Zu § 5

Zu Absatz 1

Bei einer anerkannten Sanatoriumsbehandlung gelten für die in § 4 Abs. 1 Nr. 8 bezeichneten Heilbehandlungen die in den Hinweisen hierzu festgesetzten Höchstbeträge ebenfalls.

Zu Absatz 3

- 1 Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine Sanatoriumsbehandlung bis zu drei Wochen beihilfefähig. Ergibt sich im Verlauf der Sanatoriumsbehandlung, dass über den von der Festsetzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der Sanatoriumsbehandlung durch die Festsetzungsstelle auch auf Grund eines fachärztlichen Gutachtens des im Sanatorium behandelnden Arztes erfolgen.
- 2 Bei der Durchführung von Sanatoriumsbehandlungen ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtungen über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügen. Von diesem Grundsatz kann abgewichen werden, wenn im Einzelfall aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend erforderlich ist. Dies kann notwendig sein, wenn
 - wegen schwerwiegenden psychologischen Gründen eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der Sanatoriumsbehandlung gefährden würde, oder
 - wenn der Betroffene wegen einer schweren Behinderung, z.B. Blindheit, einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, oder
 - während der Sanatoriumsbehandlung eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.

Der behandelnde Arzt muss vor der beihilferechtlichen Anerkennung der Sanatoriumsbehandlung bestätigen, dass die Anwesenheit einer Begleitperson für den Erfolg der Behandlung dringend geboten ist.

Zu § 6

Zu Absatz 1

- 1 Der Hinweis zu § 5 Abs. 1 und die Hinweise 1 und 2 zu § 5 Abs. 3 gelten entsprechend.
- 2 Das Heilkurortverzeichnis des Bundesministerium des Innern ist im Anhang 2 aufgeführt.

Zu Absatz 6

- 1 Die für sonstige Heilkuren geltenden Einschränkungen, dass diese nur für Beamte und Richter (§ 1a Abs. 1 Nr. 1) mit Dienstbezügen, Amtsbezügen und Beamte mit Anwärterbezüge gelten, fin-

den hier keine Anwendung, so dass diese Maßnahmen auch für beihilfeberechtigte Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige als beihilfefähig anerkannt werden können.

- 2 Die Bewilligung dieser Maßnahme, die grundsätzlich stationär durchgeführt wird, setzt voraus, dass der Amts- oder Vertrauensarzt die Kurbedürftigkeit (im Sinne der medizinischen Notwendigkeit) der Mutter/des Vaters bestätigt hat.
- 3 Für Kinder, die bei Mutter-Kind-Kuren in die Einrichtung mit aufgenommen werden, gleichwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter/dem Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (z.B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter/Vater und Kind wegen bes. familiärer Verhältnisse oder dem Alter des Kindes, weil das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). Aufwendungen für das Kind sind der Mutter bzw. dem Vater zuzurechnen.
- 4 Sofern allein das Kind behandlungsbedürftig ist, so handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind-Kur. In diesem Falle ist eine Sanatoriumsbehandlung für das Kind zu beantragen.
- 5 Aufwendungen für Mutter-Kind-Kuren bzw. Vater-Kind-Maßnahmen werden nur als beihilfefähig anerkannt, wenn sie in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder einer anderen nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als gleichwertig anerkannten Einrichtung durchgeführt werden. Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht.

Zu § 7

Aufgrund der Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 05. Dezember 2011 finden zur Durchführung des § 7 für Aufwendungen die ab dem 01.01.2012 entstehen die Gebührennummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2240 des Abschnitts C der geänderten GOZ Anwendung. Diese entsprechen den bisherigen Nummern 214 bis 217 und 220 bis 224 des § 7 Satz 1. Die weiteren Abschnitte bleiben unberührt.

Zu § 8

Zu Absatz 1

- 1 Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. April 1976 in der jeweils aktuellen Fassung.
- 2 Die Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. April 1976 in der jeweils aktuellen Fassung.
- 3 Die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. Juni 1998 in der jeweils aktuellen Fassung.

- 4 Die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 24. August 1989 in der jeweils aktuellen Fassung.

Zu § 8a

Zu Absatz 2

Die Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisierung, die nicht medizinisch notwendig war, kann nicht als Krankheit anerkannt werden und die entsprechenden Aufwendungen sind damit nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 4

- 1 Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 vom Hundert der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird.
- 1.1 Behandlungsmethoden und Indikationen:
- a) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, ggf. nach Stimulation mit Antiöstrogenen, Indikationen: somatische Ursachen (z.B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität
 - b) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen, Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität
 - c) In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer), *Indikationen:* Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder er-

folglos geblieben sind

- d) Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT),
Indikationen: anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind
- e) Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermio-gramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermias die Grenzwerte gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten.

1.2 Begrenzung der Versuchszahlen

- Insemination nach hormoneller Stimulation, IVF und ICSI bis zu 3 Versuchen
- Insemination im Spontanzyklus bis zu 8 Versuchen
- Intratubarer Gametentransfer bis zu 2 Versuchen

Anspruch auf Neubeginn der Versuchszählung nach Geburt eines Kindes oder nach einer klinisch nachgewiesenen Schwangerschaft.

Ein Versuch ist immer dann als beendet anzusehen, wenn dies medizinisch festgestellt wurde.

- 1.3 Anspruch auf Leistungen der künstlichen Befruchtung besteht nur für weibliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. Für männliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige besteht ein diesbezüglicher Anspruch von der Vollendung des 25. bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Die maßgebliche Altersgrenze für beide Partner muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. Liegt nur bei einem die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.
- 2 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Außerdem sind Aufwendungen für die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig.
- 3 Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorher gehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind nicht beihilfefähig.
- 4 Hinsichtlich der Zuordnung der Aufwendungen der ICSI und der IVF-Behandlungen gilt das Kostenteilungsprinzip:
- Bei der IVF entstehende Aufwendungen (einschl. Hormonbehandlung) sind der Frau zu zuordnen.

- Bei der ICSI sind die Aufwendungen, die über die IVF hinausgehen, dem Mann zu zurechnen.

Zu § 9

- 1 Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
- 2 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z.B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der Hebammengebührenordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der Hebammengebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.
- 3 Leistungsabrechnungen von Hebammen oder Entbindungspflegern richten sich nach den jeweiligen Verordnungen der Bundesländer über die Gebühren für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, in dem die Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige ihren Wohn- bzw. Aufenthaltsort hat.

Zu § 10

Zu Absatz 1

- 1 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.
- 2 Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt als Wohnort
 - a) bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
 - b) bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienort.

Zu Absatz 3

- 1 Aufwendungen für Behandlungen
 - a) im Kleinen Walsertal (Österreich),
 - b) in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) der Stiftung Deutsche Heilstätte Davos und Agra,
 - c) in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos (Schweiz), geführt von der Klinik Alexanderhaus Davos GmbH, Davos Platz,

gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden; in den Fällen der Buchstaben b) und c) jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 5, sofern nicht in den Fällen der Buchstaben b) und c) im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 medizinisch indiziert ist.

- 2 Befindet sich ein Heimdialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen im Ausland, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.
- 3 Wird ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder ein Versorgungsempfänger wegen Neurodermitis oder Psoriasis am Toten Meer (Ein Boqeg, Salt Land Village, Sdom) behandelt, sind aus diesem Anlass entstehende Aufwendungen im gleichen Umfange wie Aufwendungen für eine Heilkur beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.
- 4 Das Heilkurortverzeichnis des Bundesministerium des Innern ist im Anhang 3 aufgeführt.

Zu § 12

Zu Absatz 4

Bei einer gleichartigen Versorgung mit Zahnersatz nach § 55 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – SGB V-, die neben der zahnärztlichen Abrechnung nach der BEMA-Z eine Abrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte vorsieht, wird eine Beihilfe wie vergleichsweise für Privatversicherte festgesetzt.

Zu Absatz 6

- 1 Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, d. h. zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen weitgehend deckt. Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.
- 2 Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. Ein Leistungsausschluss liegt u.a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Be-

handlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z.B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

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

Zu § 13

Zu Absatz 2

- 1 Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen.
- 2 Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 90 BSHG einen Beihilfeanspruch geltend machen. Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er dem Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. Eine Überleitung nach § 90 BSHG ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für seine berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) entstanden sind. In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und ggf. Anfechtungsklage zu erheben.
- 3 Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt den Beihilfeberechtigten nach § 29 BSHG im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfeträger ist zulässig. Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1).
- 4 Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Absatz 1 Satz 2 vor, wenn die Rechnung
 - den Erbringer der Leistungen (z.B. Heim, Anstalt),
 - den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
 - die Art (z.B. Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
 - die Leistungshöhe

enthält. Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfeträgers anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

Zu Absatz 4

Soweit ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung, ein Sanatorium oder eine Dialyse-Institution auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, können auf Antrag des Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen geleistet werden.