Verordnung über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und sonstigen Fällen
(Bayerische Beihilfeverordnung – BayBhV)
Vom 2. Januar 2007
(GVBl. S. 15)
BayRS 2030-2-27-F

Vollzitat nach RedR: Bayerische Beihilfeverordnung (BayBhV) vom 2. Januar 2007 (GVBl. S. 15, BayRS 2030-2-27-F), die zuletzt durch § 9 des Gesetzes vom 10. März 2023 (GVBl. S. 80) geändert worden ist

Auf Grund des Art. 86a Abs. 5 Satz 1 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. August 1998 (GVBl S. 702, BayRS 2030-1-1-F), zuletzt geändert durch § 1 des Gesetzes vom 8. Dezember 2006 (GVBl S. 987), erlässt das Bayerische Staatsministerium der Finanzen folgende Verordnung:

Abschnitt I Allgemeines

§ 1 Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

(1) [1]Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, bei Schutzimpfungen und sonstigen Fällen. [2]Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

(2) [1]Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. [2]Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; jedoch ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger bezüglich des für seine Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrags einer Beihilfe zulässig.

Abschnitt II Personenkreis, Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen, Konkurrenzregelungen

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamtinnen, Beamte, Richterinnen und Richter sowie Dienstanfängerinnen und Dienstanfänger,

2. Ruhestandsbeamtinnen, Ruhestandsbeamte, Richterinnen und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamtinnen, Beamte, Richterinnen und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen wurden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,

3. Witwen und Witwer, hinterbliebene Lebenspartner (Lebenspartnerinnen und Lebenspartner im Sinn des § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes) sowie die in Art. 39 des Bayerischen Beamtenversorgungsgesetzes (BayBeamtVG) genannten Kinder der in Nrn. 1 und 2 bezeichneten Personen.

(2) [1]Beihilfeberechtigung der in Abs. 1 bezeichneten Personen besteht nur, wenn und solange sie Grundbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgeld auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner, Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen oder Unterhaltsbeitrag erhalten. [2]Sie besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden.

(3) Beihilfeberechtigt sind nicht

1. Ehrenbeamtinnen und -beamte sowie ehrenamtliche Richterinnen und Richter,

2. Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (Art. 36 Abs. 7 des Bayerischen Besoldungsgesetzes – BayBesG) beschäftigt sind,

3. Beamtinnen, Beamte, Richterinnen, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes (EuAbgG), § 27 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

§ 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte oder der Lebenspartner der bzw. des Beihilfeberechtigten,

2. die im Orts- und Familienzuschlag nach dem Bayerischen Besoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder von Beihilfeberechtigten.

(2) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, für die der Anspruch auf den kinderbezogenen Anteil im Orts- und Familienzuschlag nur entfällt, weil das Kindergeld oder der Kinderfreibetrag nach Abschluss einer erstmaligen Berufsausbildung oder eines Erststudiums wegen des Umfangs der Erwerbstätigkeit in der weiteren Ausbildung (§ 32 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Einkommensteuergesetzes – EStG) nicht gewährt wird; dies gilt bis zum Ablauf des Monats, für den ohne Beachtung des maßgebenden Umfangs der Erwerbstätigkeit der kinderbezogene Anteil im Orts- und Familienzuschlag gezahlt würde, längstens bis zum Ablauf des Monats, in dem das entsprechende Kind das in § 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und 2 EStG genannte Lebensalter vollendet hat, ggf. verlängert um Zeiträume nach § 32 Abs. 5 EStG.

(3) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister von Beihilfeberechtigten oder deren Ehegatten bzw. deren Lebenspartner,

2. Ehegatten oder Lebenspartner und Kinder beihilfeberechtigter Waisen.

§ 4

§ 5 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

(1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,

2. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsbezüge aus; dies gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um ein Witwengeld oder Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner handelt.

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

(3) [1]Die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. [2]Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach § 11 EuAbgG, § 27 AbgG oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 79 des Bundesbeamtengesetzes gegen das Bundeseisenbahnvermögen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) [1]Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. [2]Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(6) [1]Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für seine Aufwendungen nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, der den entsprechenden Anteil des Orts- und Familienzuschlags bzw. vergleichbare Vergütungsbestandteile erhält oder den die Beihilfeberechtigten in einer gemeinsamen Erklärung bestimmt haben. [2]Ist im Beihilferecht des Bundes oder eines Landes eine feste Zuordnung von Kindern vorgesehen, gilt das Wahlrecht nach Satz 1 als ausgeübt.

§ 6 Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

(1) [1]Bei vorrangig in Anspruch zu nehmenden bzw. anzurechnenden Leistungen im Sinn des Art. 96 Abs. 2 Sätze 2 bis 5 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG) handelt es sich um Leistungsansprüche, die auf Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen nach Bundes- oder Landesrecht beruhen. [2]Gewährte Zuschüsse im Sinn des Art. 96 Abs. 2 Satz 4 BayBG werden in voller Höhe auf die beihilfefähigen Aufwendungen angerechnet. [3]Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen nach Maßgabe der §§ 14 bis 17 sind hierbei 75 % als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse errechnet. [4] Sätze 2 und 3 gelten auch, soweit Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen wurden. [5] Art. 96 Abs. 2 Satz 3 BayBG gilt nicht

1. für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,

2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Versicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person, der Witwe oder des Witwers bzw. des hinterbliebenen Lebenspartners erfasst werden.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. insoweit, als Schadenersatz von Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind; abweichend hiervon sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach Art. 14 BayBG zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt,

2. von Beamtinnen und Beamten, denen auf Grund von Art. 96 BayBesG Heilfürsorge zusteht.

Abschnitt III Grundsatz der Beihilfefähigkeit

§ 7 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) [1]Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn

1. sie dem Grunde nach medizinisch notwendig,

2. sie der Höhe nach angemessen sind und

3. die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

[2]Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),

2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),

3. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

[3]Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. [4]Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOÄ sowie § 2 Abs. 1 GOZ erbracht werden, sind grundsätzlich nur nach den Vorgaben des Satzes 3 beihilfefähig. [5]Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind nach Maßgabe der **Anlage 1** beihilfefähig. [6]Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle.

(2) [1]Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht und bei Aufwendungen für Angehörige diese berücksichtigungsfähig sind. [2]Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(3) [1]Notwendigkeit und Angemessenheit von Leistungen können auch auf der Basis von Verträgen und Vereinbarungen bewertet werden. [2]Die Dienstherren – im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen und für Heimat (Staatsministerium) – können hierzu mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüsse Verträge über Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. [3]Dabei können auch feste Preise vereinbart werden, die unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. [4]Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die entsprechenden Landesverbände, private Krankenversicherungsunternehmen oder andere Beihilfeträger des Bundes, der Länder und sonstiger Dienstherren Verträge im Sinn des Satzes 2 mit Leistungserbringern geschlossen haben, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze ebenfalls der Beihilfefestsetzung zugrunde gelegt werden.

(4) Nicht beihilfefähig sind

1. die in den §§ 8 bis 41, 43 und 44 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten bzw. den Lebenspartner des Beihilfeberechtigten entstanden sind, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den in Art. 96 Abs. 1 Satz 1 BayBG festgelegten Höchstbetrag übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten oder dem Lebenspartner trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Die Einhaltung dieser Höchstgrenze ist in regelmäßigen Abständen auf Verlangen der Beihilfefestsetzungsstelle durch die Vorlage eines Auszugs des Einkommensteuerbescheids des Bezugsjahres zu belegen. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte bzw. Lebenspartner im laufenden Kalenderjahr keine Einkünfte mehr, die den in Art. 96 Abs. 1 Satz 1 BayBG festgelegten Höchstbetrag übersteigen und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr dieser Höchstbetrag auch 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 bzw. Lebenspartners im abgelaufenen Kalenderjahr den Höchstbetrag überschritten haben. Die oberste Dienstbehörde – im staatlichen Bereich das Staatsministerium – kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, die Gewährung von Beihilfen zulassen;

2. Aufwendungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 6 BayBG; hierzu zählen auch Werkstätten für behinderte Menschen;

3. Aufwendungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ, Anlage 1 Abschnitt G Allgemeine Bestimmungen Satz 2 bis 4 GOZ sowie nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ erbracht werden;

4. Aufwendungen für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge medizinisch nicht notwendiger Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings entstehen.

(5) Aufwendungen für Untersuchungen oder Behandlungen nach wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden einschließlich der hierbei verordneten Arznei- und Verbandmittel und Medizinprodukte, die in

1. **Anlage 2** Nr. 1 aufgeführt sind, sind nicht beihilfefähig (Ausschluss),

2. **Anlage 2** Nr. 2 aufgeführt sind, sind nur unter den jeweiligen dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig (Teilausschluss).

Abschnitt IV Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

§ 8 Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen

[1]Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen,

2. ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach der Anlage Abschnitt B und G GOÄ nach Maßgabe der §§ 9 bis 13,

3. zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Maßgabe der §§ 14 bis 17.

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

§ 9 Allgemeine Abrechnungsgrundlagen für psychotherapeutische Leistungen

(1) [1]Zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 10), der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 11), der Verhaltenstherapien (§ 12), der Systemischen Therapie (§ 12a) sowie der psychotherapeutischen Akutbehandlung (Abs. 3). [2]Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig

1. affektiven Störungen (depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen, Dysthymie),

2. Angststörungen und Zwangsstörungen,

3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),

4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,

5. Essstörungen,

6. nichtorganischen Schlafstörungen,

7. sexuellen Funktionsstörungen,

8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen,

9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

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

1. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,

2. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchfreiheit,

3. seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

4. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,

5. schizophrene und affektive psychotische Störungen.

(2) [1]Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach der Anlage Abschnitt B und G GOÄ abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Krankheiten nach Abs. 1 dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,

2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie bis zu acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und

3. die Festsetzungsstelle vor Beginn bzw. Verlängerung der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines auf einem pseudonymisierten Bericht der Therapeutin bzw. des Therapeuten beruhenden vertrauensärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

[2]Satz 1 gilt nicht für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlungen. [3]Mit der Erstellung von Gutachten nach Satz 1 Nr. 3 sind Gutachterinnen und Gutachter zu beauftragen, die nach § 35 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) vom 19. Februar 2009 (BAnz 2009 S. 1399) zuletzt geändert am 22. November 2019 (BAnz AT 23. Januar 2020 B4), bestellt sind.

(3) [1]Aufwendungen für Leistungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Sitzungen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 30 Sitzungen je Krankheitsfall in Höhe von 50 % der Gebühr nach der Anlage Nr. 870 GOÄ beihilfefähig. [2]Sind im Anschluss an die Akutbehandlung weitere Behandlungen nach den §§ 11 bis 12a erforderlich, sind Aufwendungen für weitere Sitzungen nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle auf Grund eines vertrauensärztlichen Gutachtens zu Notwendigkeit und Umfang der Behandlung beihilfefähig; Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 gilt entsprechend. [3]Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen wird auf die Zahl der bewilligten Sitzungen nach den §§ 11 bis 12a angerechnet.

(4) [1]Bei der psychosomatischen Grundversorgung ist Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 nicht anzuwenden. [2]Maßnahmen nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(5) [1]Eine Therapie mittels katathymen Bilderlebens ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts, eine Rational Emotive Therapie nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig. [2]Aufwendungen für eine Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung (EMDR) sind nur bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie beihilfefähig.

(6) Erfolgt die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin bzw. einen Psychologischen Psychotherapeuten, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens der ärztliche Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

(7) Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen für gleichzeitige Behandlungen nach Abs. 3 sowie den §§ 10 bis 12a und

2. die in § 13 aufgeführten Behandlungsverfahren.

§ 10 Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die beihilfefähige psychosomatische Grundversorgung umfasst:

1. verbale Interventionen im Rahmen der Anlage Nr. 849 GOÄ oder

2. übende und suggestive Interventionen nach Anlage Nr. 845 bis 847 GOÄ – autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Hypnose –.

(2) [1]Beihilfefähig sind je Krankheitsfall bei

1. verbaler Intervention als Einzelbehandlung bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,

2. autogenem Training und progressiver Muskelrelaxation nach Jacobson als Einzel- oder Gruppenbehandlung bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich, sowie

3. Hypnose als Einzelbehandlung bis zu zwölf Sitzungen.

[2]Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 dürfen nicht in derselben Sitzung mit Leistungen nach Satz 1 Nrn. 2 und 3 kombiniert werden. [3]Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Anlage Nr. 849 GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen der Ärztin oder des Arztes beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für

1. Allgemeinmedizin,

2. Augenheilkunde,

3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

4. Haut- und Geschlechtskrankheiten,

5. Innere Medizin,

6. Kinder- und Jugendmedizin,

7. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

8. Neurologie,

9. Phoniatrie und Pädaudiologie,

10. Psychiatrie und Psychotherapie,

11. Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder

12. Urologie

durchgeführt wird.

(4) Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von Ärztinnen bzw. Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten erbracht werden, soweit diese über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Interventionen verfügen.

§ 11 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) [1]Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach Anlage Nr. 860 bis 865 GOÄ sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
a) Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
b) Ausnahmefälle	weitere 40 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
a) Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
b) Ausnahmefälle	nochmals weitere 140 Sitzungen	nochmals weitere 70 Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
a) Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen
b) Ausnahmefälle	nochmals weitere 80 Sitzungen	nochmals weitere 30 Sitzungen

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	**Gruppenbehandlung**
a) Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
b) Ausnahmefälle	nochmals weitere 90 Sitzungen	nochmals weitere 30 Sitzungen.

[2]In den Fällen des Satzes 1 Nr. 4 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor dem 21. Lebensjahr begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig. [3]Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. [4]Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 9 Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. [5]Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt

erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme durch ein vertrauensärztliches Gutachten im Sinn des § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3.

(2) [1]Von dem Anerkennungsverfahren nach § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin bzw. des Therapeuten vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzel- oder Gruppenbehandlung im Rahmen einer Kurzzeittherapie nicht mehr als 24 Sitzungen erfordert. [2]Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach § 9 Abs. 3 werden mit der Anzahl der Sitzungen mit der Kurzzeittherapie verrechnet. [3]Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über 24 Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. [4]Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle auf Grund der Stellungnahme durch ein vertrauensärztliches Gutachten zur Notwendigkeit und Umfang der Behandlung beihilfefähig; § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 gilt entsprechend. [5]Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf die nach Satz 4 genehmigten Sitzungen anzurechnen.

(3) Wird die medizinische Notwendigkeit der Einbeziehung von Bezugspersonen durch ein Gutachten nachgewiesen, sind hierdurch entstandene Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

1. bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind die dafür vorgesehenen Sitzungen bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlung bis zur Hälfte der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich anzuerkennen,

2. bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die dafür vorgesehenen Sitzungen in voller Höhe auf die bewilligte Zahl von Sitzungen angerechnet.

(4) [1]Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung nach Abs. 1 richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. [2]Zwei in einer Gruppenbehandlung erbrachte Sitzungen werden bei einer überwiegend erbrachten Einzelbehandlung als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. [3]Die in der Einzelbehandlung erbrachte Sitzung wird bei einer überwiegend erbrachten Gruppenbehandlung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet.

(5) [1]Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese die Fachbezeichnung „Fachärztin“ bzw. „Facharzt“ für

1. Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

2. Psychiatrie und Psychotherapie,

3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie führen oder

Ärztinnen oder Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein.
[2]Eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für

1. Psychotherapeutische Medizin oder

2. Psychiatrie und Psychotherapie oder

3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie

eine Ärztin bzw. ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Anlage Nr. 860 bis 862 GOÄ) erbringen. [3]Eine Ärztin bzw. ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Anlage Nr. 863 und 864 GOÄ) erbringen.

(6) Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,

2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

(7) Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,

2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 6 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen,

3. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

(8) [1]Therapeutinnen und Therapeuten, die eine EMDR durchführen, müssen die jeweiligen therapeutenspezifischen Voraussetzungen der Abs. 4 bis 6 erfüllen und Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der EMDR im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung erworben haben. [2]Wurde die Qualifikation nicht im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person

1. in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der EMDR erworben haben und

2. mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen EMDR-Abschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit EMDR-Behandlung durchgeführt haben.

[3]Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein.

§ 12 Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapien nach Anlage Nr. 870 und 871 GOÄ sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
1. Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
2. Ausnahmefälle	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

(2) § 11 Abs. 1 Satz 3 bis 5 und Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.

(3) [1]Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese die Bezeichnung „Fachärztin“ bzw. „Facharzt“ für

1. Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,

2. Psychiatrie und Psychotherapie,

3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie führen oder

Ärztinnen oder Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. [2]Ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie nachweisen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

(4) Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren,

2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

(5) Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,

2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 6 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen,

3. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

(6) [1]Therapeutinnen und Therapeuten, die eine EMDR durchführen, müssen die jeweiligen therapeutenspezifischen Voraussetzungen der Abs. 3 bis 5 erfüllen und Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der EMDR im Rahmen einer Weiterbildung erworben haben. [2] § 11 Abs. 8 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 12a Systemische Therapie

(1) Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind je Krankheitsfall für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in folgendem Umfang, auch im Mehrpersonensetting, beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
1. Regelfall	36 Sitzungen	36 Sitzungen
2. Ausnahmefälle	weitere 12 Sitzungen	weitere 12 Sitzungen

(2) § 11 Abs. 1 Satz 3 bis 5 und Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) [1]Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese die Bezeichnung „Fachärztin“ oder „Facharzt“

1. für
   a) Psychiatrie und Psychotherapie oder
   b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

führen oder

2. Ärztinnen oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein.

[2]Ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie eine erfolgreiche Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie nachweisen können.

(4) Ferner können Behandlungen durchgeführt werden von

1. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung,

2. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung,

3. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach § 11 oder § 12 und einer Zusatzqualifikation im Sinn des § 6 Abs. 8 der Psychotherapie-Vereinbarung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.

§ 13 Nicht beihilfefähige psychotherapeutische Behandlungsverfahren

[1]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Familientherapie,

2. Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,

3. Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers),

4. Gestalttherapie,

5. Körperbezogene Therapie,

6. Konzentrative Bewegungstherapie,

7. Logotherapie,

8. Musiktherapie,

9. Psychodrama,

10. Respiratorisches Biofeedback,

11. Transaktionsanalyse.

[2]Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinn der §§ 9 bis 12a gehören Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind. [3]Entsprechendes gilt für Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung, für heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

§ 14 Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Anlage 1 Abschnitt C Nrn. 2150 bis 2320, Abschnitte F und K GOZ entstandenen Aufwendungen für Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ (u.a. Edelmetalle und Keramik) sowie die nach § 4 Abs. 3 GOZ gesondert abrechenbaren Praxiskosten sind zu 60 % beihilfefähig.

§ 15 Kieferorthopädische Leistungen

[1]Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn vor Behandlungsbeginn

1. ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und

2. die behandelte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

[2]Die Altersbegrenzung nach Satz 1 Nr. 2 gilt nicht bei schweren Kieferanomalien,

1. die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern, sowie

2. in besonderen Ausnahmefällen, wenn nach einem zahnärztlichen Gutachten (§ 48 Abs. 7) eine alleinige kieferorthopädische Behandlung medizinisch ausreichend ist.

§ 16 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

[1]Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen mindestens einer der folgenden Indikationen:

1. Kiefergelenks- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien, craniomandibuläre Dysfunktionen, myofasciales Schmerzsyndrom),

2. im Zusammenhang mit der Behandlung von Zahnfleischerkrankungen (Parodonthopathien),

3. umfangreiche Gebisssanierungen,

4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen (einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen),

5. im Zusammenhang mit der Behandlung von Aufbissschienen mit adjustierten Oberflächen nach Anlage 1 Nr. 7010 und 7020.

[2]Eine umfangreiche Gebisssanierung liegt nur vor, wenn insgesamt mindestens acht Seitenzähne mit Inlays oder Kronen sanierungsbedürftig sind oder fehlen. [3]Außerdem ist der erhobene Befund in geeigneter Form nachzuweisen.

§ 17 Implantologische Leistungen

[1]Aufwendungen für implantologische Leistungen sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. nicht angelegte Zähne im jugendlichen Erwachsenengebiss, wenn pro Kiefer weniger als acht Zähne angelegt sind, nach einem einzuholenden Gutachten,

2. bei großen Kieferdefekten in Folge von Kieferbruch oder Kieferresektionen, wenn nach einem einzuholenden Gutachten auf andere Art und Weise die Kaufähigkeit nicht wieder hergestellt werden kann.

[2]Liegen die Indikationen nicht vor, sind die Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kieferhälfte, einschließlich vorhandener Implantate, zu deren Aufwendungen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. [3]Dabei sind die Gesamtaufwendungen der implantologischen Versorgung entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nichtbeihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern. [4]Unabhängig von den Sätzen 2 und 3 sind die Aufwendungen für Suprakonstruktionen im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte beihilfefähig. [5] § 14 gilt entsprechend.

§ 18 Arznei-, Verbandmittel und vergleichbare Medizinprodukte

[1]Beihilfefähig sind die aus Anlass einer Krankheit bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen oder Heilpraktikerleistungen nach §§ 8 bis 17 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten

1. apothekenpflichtige Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes,

2. Verbandmittel,

3. Harn- und Bluttestsreifen sowie

4. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 bis 3 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind.

[2]Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva und eingesetzte Intrauterinpessare sind bei Personen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres beihilfefähig. [3]Darüber hinaus sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn das Kontrazeptionsmittel zur Behandlung eines Krankheitszustands verordnet wird, also nicht zum Zweck der Schwangerschaftsverhütung. [4]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. für Mittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, zur Rauchentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen,

2. für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,

3. Vitaminpräparate, die keine Fertigarzneimittel im Sinn des Arzneimittelgesetzes darstellen,

4. Geriatrika und Roborantia.

§ 19 Heilbehandlungen

(1) [1]Aus Anlass einer Krankheit sind die ärztlich oder zahnärztlich in Schriftform verordneten Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe nach Maßgabe der Anlage 3 beihilfefähig. [2]Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder, ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb von Maßnahmen nach §§ 29, 30. [3]Die Heilbehandlung muss von einer der folgenden Personen im Rahmen des jeweiligen Berufsbilds erbracht werden:

1. Anlage 3 Teil 1 bis 7:
   a) Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
   b) Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister,
   c) Krankengymnastin oder Krankengymnast,

2. Anlage 3 Teil 8:
   a) Logopädin oder Logopäde,

   b) Sprachtherapeutin oder Sprachtherapeut,

   c) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin der Schule Schlaffhorst-Andersen oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,

   d) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,

   e) klinische Linguistin oder klinischer Linguist,

   f) klinische Sprechwissenschaftlerin oder klinischer Sprechwissenschaftler,

g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch

aa) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,

bb) Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,

cc) Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,

dd) Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,

h) Diplompatholinguistin oder Diplompatholinguist,

3. Anlage 3 Teil 9, als Therapieergänzung bei Bedarf in Kombination mit Teil 6:
   a) Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
   b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,

4. Anlage 3 Teil 10:
   a) Podologin oder Podologe,
   b) medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,

5. Anlage 3 Teil 11:
   a) Diätassistentin oder Diätassistent,
   b) Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
   c) Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.

[4]Abweichend von Satz 3 sind die Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining je Übungseinheit nach Nr. 7 der Anlage 3 auch dann beihilfefähig, wenn sie in anerkannten Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen erbracht werden.

(2) [1]Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Anlage 3 Nr. 15 – sind nur auf Grund einer krankenhausärztlichen Verordnung, einer Verordnung von Ärztinnen und Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder von Allgemeinärztinnen bzw. -ärzten mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
   a) frischem, nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und/oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
   b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
   c) instabilen Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und/oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik,
   d) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Copp,

2. Operation am Skelettsystem

a) posttraumatische Osteosynthesen,
b) Osteotomien der großen Röhrenknochen,

3. Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit
   a) Schulterprothesen,
   b) Knieendoprothesen,
   c) Hüftendoprothesen,

4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)
   a) Knie
      aa) Kniebandrupturen, mit Ausnahme der Ruptur eines isolierten Innenbandes,

      bb) Knorpelschäden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips,
   b) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
      aa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
      bb) Rotatorenmanschettenruptur,
      cc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
      dd) Impingement-Syndrom,
      ee) Schultergelenkluxation,
      ff) tendinosis calcarea,
      gg) periathritis humero-scapularis (PHS),
   c) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,

5. Amputationen.

[2]Die Aufwendungen sind nur bei Durchführung in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist, beihilfefähig.

(3) [1]Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule (Anlage 3 Nr. 16) sind nur bis zu maximal 25 Sitzungen je Kalenderhalbjahr und nur bei Vorliegen der folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

1. Verordnung des medizinischen Aufbautrainings von Krankenhausärztinnen bzw. -ärzten, von Ärztinnen bzw. Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin, von Allgemeinärztinnen bzw. Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin,

2. Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung und

3. Durchführung jeder einzelnen therapeutischen Sitzung unter ärztlicher Aufsicht; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.

[2]Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten Medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

(4) [1]Aufwendungen für eine ärztlich verordnete physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung (Anlage 3 Nr. 21) – sind gesondert beihilfefähig bei

1. passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,

2. aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,

3. atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,

4. spastischen Lähmungen – cerebral oder spinal bedingt –,

5. schlaffen Lähmungen,

6. abnormen Bewegungen oder Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,

7. Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,

8. funktionellen Störungen von Organsystemen, zum Beispiel Herz-Kreislauferkrankungen, Lungen- oder Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur,

9. unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

[2]Satz 1 gilt nicht, wenn die physiotherapeutische Komplexbehandlung Bestandteil einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 39 Abs. 1) ist.

(5) [1]Die Aufwendungen für Heilbehandlungen im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind nur nach folgenden Maßgaben und unter der Voraussetzung beihilfefähig, dass die Behandlungen durch die in Abs. 1 genannten Personen durchgeführt werden:

1. Art und Umfang der durchgeführten und nachgewiesenen Heilbehandlung sind bis zu den in der Anlage 3 genannten Höchstbeträgen beihilfefähig; ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.

2. Wird bei einer teilstationären und 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 € beihilfefähig; Platzfreihaltegebühren sind nicht beihilfefähig.

[2]Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind z.B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagsschulen, Werkstätten für behinderte Menschen.

§ 19a Neuropsychologische Therapie

(1) [1]Aufwendungen für ambulante neuropsychologische Therapien sind beihilfefähig, wenn sie

1. der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, und

2. durchgeführt werden von Fachärztinnen oder Fachärzten für
   a) Neurologie,
   b) Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie,
   c) Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder

d) Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

die zusätzlich zu ihrer Gebietsbezeichnung über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen.

[2]Satz 1 gilt auch bei Behandlungen, die durchgeführt werden von

1. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,

2. ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,

3. psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder

4. Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,

wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. [3]Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Abs. 3.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie, wenn

1. ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung behandelt werden, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (ADHS oder ADS), Intelligenzminderung,

2. es sich um Hirnerkrankungen mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimertyp, handelt oder

3. die Hirnschädigung oder die Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt.

(3) [1]Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen,

2. bei Einzelbehandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 25 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert
Regelfall	120 Behandlungseinheiten	60 Behandlungseinheiten
Ausnahmefall	40 weitere Behandlungseinheiten	20 weitere Behandlungseinheiten

sowie

3. bei Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 100 Minuten dauert
80 Behandlungseinheiten	40 Behandlungseinheiten.

[2]Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist die gesamte Behandlung nach Satz 1 Nr. 2 beihilfefähig.

§ 19b Gebärdensprachdolmetscherinnen bzw. Gebärdensprachdolmetscher

Sind auf Grund einer Hörbehinderung bei der Durchführung von ärztlichen Untersuchungen und sonstigen medizinischen Maßnahmen die Leistungen einer Gebärdensprachdolmetscherin bzw. eines Gebärdensprachdolmetschers erforderlich, sind die in entsprechender Anwendung des § 9 Abs. 3 sowie der §§ 5 und 6 Abs. 1 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes sich ergebenden Vergütungen beihilfefähig.

§ 20 Komplextherapien

[1]Werden Leistungen nach §§ 8 bis 12a und 19 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von § 7 Abs. 1 und § 19 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen oder auf Grund von Vereinbarungen und Verträgen im Sinn des § 7 Abs. 3 zu tragen sind, beihilfefähig. [2]Eine Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder, die von einem interdisziplinären Team erbracht wird. [3]Als Komplextherapie gelten insbesondere Leistungen

1. von psychiatrischen und von psychosomatischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V,

2. von sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 Abs. 1 Satz 1 SGB V,

3. der integrierten Versorgung nach § 140a Abs. 1 SGB V,

4. der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen, die
   a) im Anschluss an stationäre Behandlungen in Krankenhäusern nach § 28 oder Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nach § 29 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 4,

   b) bei chronisch Kranken oder schwerstkranken Personen, die das 14., in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben,

   c) zur Verkürzung eines stationären Aufenthalts oder zur Sicherung einer daran anschließenden ambulanten ärztlichen Behandlung erforderlich sind.

§ 21 Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke

(1) [1]Die Aufwendungen für Anschaffung oder Miete der in der **Anlage 4** genannten oder vergleichbarer Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände sind beihilfefähig, wenn sie ärztlich in Schriftform verordnet sind; dies gilt nicht für Gegenstände von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis oder Gegenstände, die der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen. [2]Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.

(2) Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Geräts im Sinn des Abs. 1 Satz 1 sind in der bisherigen Ausführung auch ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.

(3) Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte im Sinn des Abs. 1 Satz 1 sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.

(4) [1]Die innerhalb eines Kalenderjahres über 100 € hinausgehenden Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte im Sinn des Abs. 1 Satz 1 sind beihilfefähig. [2]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. [3]Sätze 1 und 2 gelten nicht für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

(5) [1]Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Hörhilfen sind nur beihilfefähig, wenn im laufenden und den drei vergangenen Kalenderjahren keine Beihilfe für Hörhilfen gewährt wurde. [2]Dies gilt nicht, wenn eine erneute Versorgung mit einer Hörhilfe vor Ablauf dieses Zeitraums auf Grund eines ärztlichen Gutachtens wegen einer Verschlechterung der Hörfähigkeit medizinisch erforderlich ist. [3]Ist vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Hörhilfe wegen Verlust oder Unbrauchbarkeit notwendig, sind die Aufwendungen des nach **Anlage 4** vorgesehenen Höchstbetrags zu 50 % beihilfefähig.

(6) [1]Aufwendungen für ärztlich verordnete Voll- oder Teilperücken einschließlich Befestigungselementen wie Klebestreifen und Spangen sowie Materialien zur Befestigung sind bis zu einem Betrag von 512 € beihilfefähig, wenn, vorübergehend oder langfristig, großflächiger und massiver Haarverlust wegen einer Krankheit oder im Zusammenhang mit einer Krankheit vorliegt, insbesondere bei

1. Chemotherapie,
2. Strahlenbehandlung,
3. vorübergehender oder dauerhafter Medikamentengabe,
4. Operationen,
5. Infekten oder entzündlichen Erkrankungen,
6. Stoffwechselerkrankungen,
7. psychischen Erkrankungen mit oder durch Haarverlust,
8. sonstigen Erkrankungen mit Haarverlust,
9. Deformation des Kopfes mit entstellender Wirkung,
10. Unfallfolgen.

[2]Aufwendungen für eine zweite Voll- oder Teilperücke zum Wechseln sind nur beihilfefähig, wenn eine Voll- oder Teilperücke länger als ein Jahr getragen werden muss. [3]Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke sind beihilfefähig, wenn

1. seit der vorangegangenen Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke aus Kunststoff ein Jahr vergangen ist,
2. seit der vorangegangenen Beschaffung einer Voll- oder Teilperücke aus Echthaar zwei Jahre vergangen sind oder
3. sich bei Kindern vor Ablauf der vorgenannten Zeiträume die Kopfform geändert hat.

[4]Bei der Erstverordnung sind auch die Aufwendungen für einen Perückenkopf beihilfefähig.

(7) Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in der Anlage 4 aufgeführt noch den dort aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind und deren Anschaffungswert einen Betrag von 600 € übersteigt, entscheidet die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium.

§ 22 Aufwendungen für Sehhilfen, sonstige visusverbessernde Maßnahmen

(1) [1]Aufwendungen für Sehhilfen sind nach den Abs. 2 bis 6 beihilfefähig. [2]Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist eine augenärztliche Verordnung in Schriftform. [3]Für die erneute Beschaffung

einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin bzw. eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 € je Sehhilfe beihilfefähig, Abs. 9 bleibt unberührt.

(2) Aufwendungen für Brillen sind – einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

1. für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/-6 Dioptrien (dpt):
   a) Einstärkengläser:
      für das sph. Glas bis zu 31,00 €,
      für das cyl. Glas bis zu 41,00 €,
   b) Mehrstärkengläser:
      für das sph. Glas bis zu 72,00 €,
      für das cyl. Glas bis zu 92,50 €,
2. bei Gläserstärken über +/-6 Dioptrien (dpt):
   zuzüglich je Glas 21,00 €,
3. Dreistufen- oder Multifokalgläser:
   zuzüglich je Glas 21,00 €,
4. Gläser mit prismatischer Wirkung:
   zuzüglich je Glas 21,00 €.

(3) [1]Neben den Höchstbeträgen nach Abs. 2 sind bei folgenden Indikationen die Mehraufwendungen für Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 21 € beihilfefähig

1. bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,

2. bei Anisometropien ab 2 dpt,

3. unabhängig von der Gläserstärke
   a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,

   b) bei Erkrankten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist.

[2]Neben den Höchstbeträgen nach Abs. 2 sind bei folgenden Indikationen die Mehraufwendungen für getönte bzw. phototrope Gläser (Lichtschutzgläser) je Glas bis zu 11 € beihilfefähig bei:

1. umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z.B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),

2. krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z.B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),

3. Fortfall der Pupillenverengung (z.B. absolute und reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kerr-Syndrom),

4. chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z.B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),

5. entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z.B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,

6. Ziliarneuralgie,

7. blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,

8. totaler Farbenblindheit,

9. Albinismus,

10. unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,

11. intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z.B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),

12. Gläsern ab + 10 dpt.

[3]Die Mehraufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 sind nebeneinander beihilfefähig.

(4) [1]Die Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Abs. 3 SGB V beihilfefähig. [2]Sofern hierbei Aufwendungen für Kurzzeitlinsen geltend gemacht werden, sind diese bis zu 154 € (sphärisch) und 230 € (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig. [3]Liegen die in Satz 1 genannten Voraussetzungen nicht vor, sind nur die vergleichbaren Kosten nach den Abs. 2 und 3 beihilfefähig. [4]Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind folgende Aufwendungen im Rahmen der Abs. 2 und 3 beihilfefähig für

1. eine Reservebrille oder

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

(5) Im Übrigen sind die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil

1. sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,

2. die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder

3. sich bei Kindern die Kopfform geändert hat.

(6) Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Abs. 2 und 3 (die Voraussetzungen des Abs. 3 Satz 1 entfallen),

2. für eine Brillenfassung bis zu 52 €.

(7) Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in den nach § 33 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 und Satz 3 SGB V genannten Fällen beihilfefähig.

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

(9) Die Aufwendungen für Bildschirmbrillen, Brillenversicherungen und Etuis sind nicht beihilfefähig.

(10) [1]Aufwendungen für sonstige visusverbessernde Maßnahmen sind nur in den nachfolgend genannten Fällen und unter den jeweils genannten Voraussetzungen beihilfefähig:

1. Austausch natürlicher Linsen:
bei einer reinen visusverbessernden Operation, insbesondere einer Kataraktoperation, sind Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn der Austausch die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen; die Aufwendungen für die Linsen sind dabei nur bis zur Höhe der Kosten einer Monofokallinse, höchstens bis zu 300 € pro Linse beihilfefähig.

2. Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung:
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch eine Brille oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.

3. Implantation einer additiven Linse, auch einer Add-on-Intraokularlinse:
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.

4. Implantation einer phaken Intraokularlinse:
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.

[2]Aufwendungen für visusverbessernde Maßnahmen nach Satz 1 Nr. 2 bis 4 sind nur bei einer befürwortenden amts- oder vertrauensärztlichen Bewertung beihilfefähig.

§ 23 Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining)

(1) Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind im folgenden Umfang beihilfefähig:

1. Anschaffungen zweier Langstöcke sowie ggf. elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,

2. Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:

a)	je Unterrichtsstunde (60 Minuten), einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden	63,50 €,
b)	Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im Fünf-Minuten-Takt anteilig berechnet wird	50,48 €,
c)	Fahrtkostenerstattung für Fahrten einer Trainingskraft je gefahrenem Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	0,30 €,
d)	Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Trainingskraft, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainingskraft nicht zumutbar ist	26,00 €;

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

3. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z.B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Nr. 2;

4. Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden, ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrtkosten der

Trainingskraft in entsprechendem Umfang anerkannt werden; die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

(2) [1]Sofern die Trainingskraft nicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entsprechenden Aufwendungen durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. [2]Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamts vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

§ 24 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

(1) [1]Die Aufwendungen einer nach ärztlicher Bescheinigung notwendigen vorübergehenden häuslichen Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) sind beihilfefähig; die Grundpflege muss überwiegen. [2]Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. [3]Bei einer Pflege durch Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. Fahrtkosten,

2. eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegatten, Lebenspartner und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

[4]Beihilfefähig sind die Aufwendungen einer Krankenpflegekraft bis zur Höhe der Kosten von Leistungen, die von den Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37 SGB V gewährt werden.

(2) Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege entsprechend § 34 in geeigneten Einrichtungen sind beihilfefähig, wenn

1. häusliche Krankenpflege nach Abs. 1 bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht ausreichend ist, insbesondere nach
   a) einem Krankenhausaufenthalt,
   b) einer ambulanten Operation oder
   c) einer ambulanten Krankenhausbehandlung,

2. keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 im Sinn des § 31 Abs. 2 vorliegt und

3. die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt worden ist.

§ 24a Soziotherapie

(1) [1]Aus Anlass einer schweren psychischen Erkrankung ist eine fachärztlich verordnete Soziotherapie beihilfefähig, wenn Erkrankte nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. [2]Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. [3]Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind Erkrankungen

1. des schizophrenen Formenkreises
   a) Schizophrenie (ICD-10-Nrn.: F 20.0 – 20.6)
   b) schizotype Störung (ICD-10-Nr.: F 21)
   c) anhaltende wahnhafte Störung (ICD-10-Nr.: F 22)
   d) induzierte wahnhafte Störung (ICD-10-Nr.: F 24)
   e) schizoaffektive Störung (ICD-10-Nr.: F 25)

und

2. der affektiven Störungen

   a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung (ICD-10-Nr.: F 31.5)

   b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10-Nr.: F 32.3)

   c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10-Nr.: F 33.3).

[4]Die Verordnung nach Satz 1 muss erfolgen von

1. einer Fachärztin oder einem Facharzt

   a) für Neurologie,

   b) für Nervenheilkunde,

   c) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

   d) für Psychiatrie,

   e) für Psychiatrie und Psychotherapie,

   f) für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie – in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres –,

2. einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,

3. einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres –.

[5]Die Soziotherapie muss von einer Fachkrankenschwester für Psychiatrie bzw. einem Fachpfleger für Psychiatrie, von einer Diplom-Sozialarbeiterin bzw. einem Diplom-Sozialarbeiter oder einer Sozialpädagogin bzw. einem Sozialpädagogen durchgeführt werden, die bzw. der zu einer Leistungserbringung im Sinn des § 37a SGB V berechtigt ist.

(2) [1]Behandlungen sind je Krankheitsfall, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, höchstens bis zu 120 Stunden innerhalb eines Zeitraums von maximal drei Jahren als Einzel- oder Gruppentherapie beihilfefähig; die probatorischen Sitzungen bei dem Therapeuten, der die Behandlung durchführt, werden auf die Zahl der verordneten Sitzungen angerechnet. [2]Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht.

(3) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für einen der in Abs. 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer bis zur Höhe der Kosten von Leistungen, die von den Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37a SGB V gewährt werden.

§ 25 Familien- und Haushaltshilfe

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe, wenn

1. die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 27 bis 30 und 36) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,

2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,

3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Stunden oder Tagen, weiterführen kann.

(2) Ferner sind die Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig

1. in den ersten sieben Tagen nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung oder

2. wenn nach personenbezogener ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.

(3) [1]Kosten der Haushaltsführung und Kinderbetreuung, die Beihilfeberechtigten bzw. deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch außerhalb der in Abs. 1 und 2 genannten Zeiträume entstehen, sind auch im Fall der krankheitsbedingten Verhinderung der den Haushalt führenden beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person nicht beihilfefähig. [2] § 24 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend. [3]Im Fall des Todes der haushaltsführenden Person (Abs. 1 Nr. 1) sind Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig.

(4) [1]Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim, einer sonstigen geeigneten Einrichtung oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. [2]Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in § 24 Abs. 1 Satz 3 genannten Personen sind – mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu dem in Satz 1 genannten Höchstbetrag – nicht beihilfefähig.

(5) Angemessen sind die Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe bis zur Höhe der Kosten von Leistungen, die von den Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 38 SGB V gewährt werden.

§ 26 Fahrtkosten

[1]Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Fahrten

1. im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, ausgenommen eine Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reise,

2. als Rettungsfahrten und -flüge, auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,

3. als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustands zu erwarten ist (Krankentransport),

4. zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in einer Facharztpraxis, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie zu einer stationären Krankenhausbehandlung bis zu einer Höhe von 200 €,

5. zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.

[2]Fahrtkosten sind bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung beihilfefähig. [3]Höhere Fahrtkosten sind nur beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in Art. 6 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 des Bayerischen Reisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. [4]Bei Fahrten nach Satz 1 den Nrn. 2 und 3 sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

§ 27 Auswärtige ambulante Behandlungen

[1]Die Aufwendungen für Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen sind bis zum Höchstbetrag von 26 € täglich beihilfefähig. [2]Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26 € täglich beihilfefähig. [3]Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung.

§ 28 Krankenhausleistungen

(1) [1]In nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern sind Aufwendungen für

1. vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 1 Abs. 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und § 115a SGB V sowie stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V,

2. voll- und teilstationäre allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 KHEntgG, § 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV),

3. andere im Zusammenhang mit Nrn. 1 und 2 berechenbare Leistungen im Rahmen der §§ 8 und 18 sowie

4. Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus, wenn die Anwesenheit aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in das Krankenhaus jedoch nicht möglich ist,

beihilfefähig. [2]Beihilfefähig sind ferner, abzüglich der Eigenbeteiligung gemäß Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG, die Aufwendungen für

1. gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 17 KHEntgG, § 16 Satz 2 BPflV) sowie

2. gesondert berechnete Unterkunft (§ 17 KHEntgG, § 16 Satz 2 BPflV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung.

(2) [1]In allen anderen Krankenhäusern sind bei Indikationen, die bei einer Behandlung in einem Krankenhaus nach Abs. 1 mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet würden, die folgenden Leistungen beihilfefähig:

1. die allgemeinen Krankenhausleistungen (Abs. 1 Satz 1 Nr. 2) bis zu dem Betrag, der sich aus den Teilbeträgen
   a) Fallpauschalenentgelt,
   dies ist das Produkt aus dem zuletzt vereinbarten Bundesbasisfallwert gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG mit der Bewertungsrelation
      aa) gemäß Teil a, Spalte 4 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Hauptabteilungen) oder
      bb) gemäß Teil b, Spalte 4 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Belegabteilungen)

unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer, und

b) Pflegeentgelt,
dies ist das Produkt aus dem nach § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG maßgeblichen Betrag mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog

aa) gemäß Teil a, Spalte 14 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Hauptabteilungen) oder

bb) gemäß Teil b, Spalte 16 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Belegabteilungen),

unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer, und

c) Zusatzentgelte,
sofern sie in der Rechnung ausgewiesen sind, bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG ausgewiesenen Höhe,

zusammensetzt sowie

2. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft im Sinn des Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 bis zur Höhe von 1,5 % der zuletzt vereinbarten oberen Korridorgrenze des Basisfallwerts gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG abzüglich der Eigenbeteiligung gemäß Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG.

[2]Beihilfefähig sind bei allen anderen Indikationen

1. der Gesamtbetrag des Basis- und des Abteilungspflegesatzes des behandelnden Krankenhauses bei der Untersuchung und Behandlung von Personen

a) die das 18. Lebensjahr vollendet haben, vollstationär bis zu 324,63 € und teilstationär bis zu 225,60 € täglich,

b) die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, vollstationär bis zu 462,80 € und teilstationär bis zu 345,80 € täglich, sowie

2. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft entsprechend Satz 1 Nr. 2.

[3] Die Sätze 1 und 2 gelten nicht im Fall einer stationären Notfallbehandlung, wenn das nicht nach § 108 SGB V zugelassene behandelnde Krankenhaus das nächstgelegene geeignete Krankenhaus ist. [4]Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 gilt entsprechend. [5]Aufwendungen für die medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind beihilfefähig. [6]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteil der Leistungen nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sind.

Abschnitt V Rehabilitationsleistungen

§ 29 Beihilfe bei Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in

1. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen,

2. Einrichtungen für Suchtbehandlungen und

3. in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

sind nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig.

(2) [1]Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen sind auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen. [2]Anschlussheilbehandlungen liegen nur vor, wenn sie sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang stehen.

(3) Einrichtungen für Suchtbehandlungen sind auf Suchtbehandlungen zur Entwöhnung spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen.

(4) Sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind nur solche, welche die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen (Rehabilitationseinrichtungen).

(5) [1]Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach den Abs. 2 und 3 ist, dass die Maßnahme nach begründeter ärztlicher Bescheinigung nach Art und vorgesehener Dauer notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind. [2]Satz 1 gilt nicht, wenn Beihilfeberechtigte (§ 2 Abs. 1 und 2) oder berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 3 Abs. 1 und 2) eine Angehörige oder einen Angehörigen pflegen. [3]Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Abs. 4 ist, dass es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung (Abs. 2) handelt und nach einem begründetem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind. [4]Die Einholung eines Gutachtens nach Satz 2 ist nicht erforderlich, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit (§ 40) eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme im Sinn des Abs. 4 erforderlich ist. [5]Die Beihilfefähigkeit ist ab einer Dauer von 30 Tagen von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfestelle abhängig; die Anerkennung wird erteilt, wenn die lange Dauer ärztlich besonders begründet wird oder durch ein medizinisches Gutachten nachgewiesen ist.

(6) [1]Aus Anlass einer stationären Behandlung in Einrichtungen nach den Abs. 2 bis 4 sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19,

2. nach § 25,

3. für Pflege, Unterkunft und Verpflegung bis zum niedrigsten Tagessatz zuzüglich Kurtaxe,

4. für den ärztlichen Schlussbericht,

5. für die An- und Abreise; zur Abgeltung dieser Aufwendungen ist eine Entfernungspauschale für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung und der Einrichtung nach den Abs. 2 bis 4 von 0,20 € anzusetzen, höchstens jedoch 200 €, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. Die Entfernung bestimmt sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Einrichtung zurückzulegenden Strecke. Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

[2]Satz 1 Nr. 3 und 5 gilt auch für Begleitpersonen, wenn die Notwendigkeit der Begleitung durch amtlichen Ausweis oder medizinisches Gutachten festgestellt ist und die Einrichtung bestätigt, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist. [3]Im Rahmen einer familienorientierten Rehabilitation bei Krebs- oder Herzerkrankung eines Kindes oder bei einem an Mukoviszidose erkrankten Kind gilt Satz 1 Nrn. 3 und 5 unter sinngemäßer Anwendung des Satzes 2 auch für mehrere Begleitpersonen aus dem Kreis der Familienangehörigen. [4]Liegt die Bescheinigung nach Abs. 5 Satz 2 bzw. 3 nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach Nr. 1 beihilfefähig.

§ 30 Beihilfe bei Kuren

(1) Die Aufwendungen für

1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,

2. Müttergenesungskuren und Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren,

3. ambulante Heilkuren

sind beihilfefähig.

(2) Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind Heilbehandlungen im Sinn des § 19, die mit Unterkunft und Verpflegung kurmäßig in Einrichtungen nach § 29 Abs. 4 durchgeführt werden und für die die Voraussetzungen für eine Beihilfe nach § 29 Abs. 5 Satz 2 nicht erfüllt sind.

(3) Müttergenesungskuren und Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren sind Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 SGB V als gleichartig anerkannten Einrichtung.

(4) [1]Ambulante Heilkuren sind Maßnahmen für aktive Bedienstete nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie Maßnahmen für die übrigen Beihilfeberechtigten sowie für berücksichtigungsfähige Angehörige bei erheblich beeinträchtigter Gesundheit. [2]Die Kuren müssen mit Heilbehandlungen nach § 19 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem im Heilkurorteverzeichnis des Staatsministeriums aufgeführten Heilkurort durchgeführt werden. [3]Die Unterkunft muss sich im Heilkurgebiet befinden.

(5) [1]Bei Kuren nach den vorstehenden Abs. sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19,

2. Familien- und Haushaltshilfe nach § 25,

3. Fahrtkosten nach § 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 5,

4. die Kurtaxe,

5. den ärztlichen Schlussbericht,

6. eine behördlich als notwendig anerkannte Begleitperson für Schwerbehinderte,

7. Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 € pro Tag und Person, begrenzt auf eine Dauer von höchstens 21 Tagen.

[2]Bei Pauschalpreisen in Einrichtungen nach Abs. 3, für die eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis begrenzt.

(6) [1]Die Aufwendungen nach Abs. 5 sind nur beihilfefähig, wenn

1. erstmalig eine Wartezeit von insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit nach diesen oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt ist,

2. im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Heilkur nach Abs. 1 bis 4 durchgeführt und beendet wurde,

3. ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,

4. die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist,

5. die Kur nicht weit überwiegend der Vorsorge dient; Gleiches gilt für Maßnahmen, deren Zweck eine berufliche Rehabilitation ist, wenn medizinisch keine kurmäßigen Maßnahmen mehr erforderlich sind.

[2]Abweichend davon wird Beihilfe zu Heilkuren für aktive Bedienstete (§ 2 Abs. 1 Nr. 1) nur gewährt, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 1 und 2 vorliegen und

1. durch amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit erforderlich ist,

2. die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Heilkur anerkannt hat, und

3. die Heilkur innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen wird.

[3]Von der Einhaltung der Fristen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 darf nur abgesehen werden bei schwerem chronischen Leiden, wenn nach dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

Abschnitt VI Aufwendungen in Pflegefällen

§ 31 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind neben anderen nach den §§ 8 bis 30, 41 und 44 beihilfefähigen Aufwendungen pflegebedingte Aufwendungen beihilfefähig für Pflegebedürftige

1. der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 nach Maßgabe der §§ 32 bis 38 und

2. des Pflegegrades 1 nach § 38a.

(2) [1]Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. [2]Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. [3]Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) festgelegten Schwere bestehen.

(3) [1]Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen der §§ 32 bis 38a in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 6 Abs. 1 Satz 2 bis 5 und § 46 sind hierbei nicht anzuwenden. [2]Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des § 32 Abs. 1 beihilfefähig.

(4) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den angemessenen Kosten für eine Pflegeberatung im Sinn des § 7a SGB XI unmittelbar gegenüber dem Träger der Pflegeberatung, wenn Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen

1. Beihilfeleistungen nach den §§ 32 bis 38a beziehen oder

2. Leistungen der Pflegeversicherung beantragt haben und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

§ 32 Häusliche und teilstationäre Pflege

(1) [1]Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte oder einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung sind entsprechend den Pflegegraden des § 15 SGB XI monatlich beihilfefähig die Aufwendungen für Pflegebedürftige

	bis höchstens
1. des Pflegegrades 2	689 €,
2. des Pflegegrades 3	1 341 €,
3. des Pflegegrades 4	2 012 €,
4. des Pflegegrades 5	3 352 €;

daneben sind bei einer teilstationären Betreuung Aufwendungen für Zuschläge nach *den* § 43b SGB XI beihilfefähig. [2]Die häusliche Pflege umfasst

1. körperbezogene Pflegemaßnahmen,

2. pflegerische Betreuungsmaßnahmen,

3. Hilfen bei der Haushaltsführung in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen
   a) Mobilität,

   b) kognitive und kommunikative Fähigkeiten,

   c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,

   d) Selbstversorgung,

   e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen und
   f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte und

4. die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

[3]Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die

1. bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflege versorgen (§ 71 Abs. 1, § 72 SGB XI),

2. bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI),

3. von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder

4. mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI geschlossen haben.

(2) [1]Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt. [2]Sie richtet sich nach den Pflegegraden des § 15 SGB XI und beträgt monatlich

1. im Pflegegrad 2 316 €,
2. im Pflegegrad 3 545 €,
3. im Pflegegrad 4 728 €.
4. im Pflegegrad 5 901 €.

[3]Daneben ist der Entlastungsbetrag (§ 38) beihilfefähig. [4]Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. [5]Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt. [6]Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. [7]Pauschalbeihilfe wird weiter gewährt:

1. während einer Verhinderungspflege (§ 33) für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und

2. während einer Kurzzeitpflege (§ 34) für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.

[8]Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe. [9]Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.

[10]Pflegebedürftige Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 37) erhalten eine ungeminderte Pauschalbeihilfe anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

(3) [1]Wird die ambulante Pflege teilweise durch Pflegekräfte (Abs. 1) und durch andere geeignete Personen (Abs. 2) erbracht, wird die Beihilfe nach den Abs. 1 und 2 anteilig gewährt; maßgebend ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme. [2]Während einer Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§§ 33 und 34) gilt Abs. 2 Satz 7 und 8 entsprechend.

(4) [1]Erfolgt die pflegerische Betreuung in ambulant betreuten Wohngruppen, wird neben Leistungen nach den Abs. 1 bis 3 zusätzlich ein pauschaler Zuschlag nach § 38a SGB XI sowie zu den Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen ein Betrag nach § 45e SGB XI gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Leistungen gezahlt hat; die Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen. [2] § 31 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 2 Satz 5 gilt entsprechend.

(5) [1]Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. [2]Aufwendungen für Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege sind neben den Aufwendungen der ambulanten häuslichen Pflege nach den Abs. 1 bis 3 beihilfefähig.

(6) Neben einer Leistung nach Abs. 2 sind Aufwendungen für Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI ohne Anrechnung nach Abs. 3 beihilfefähig.

§ 33 Verhinderungspflege

(1) [1]Ist eine Pflegeperson nach § 32 Abs. 2 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für Pflege bis zu 1 612 € im Kalenderjahr beihilfefähig. [2]Wird der beihilfefähige Höchstbetrag nach § 34 Abs. 1 Satz 1 nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag nach Satz 1 um den nicht beanspruchten Teilbetrag des Höchstbetrags nach § 34 Abs. 1 Satz 1, höchstens bis zu 806 €, erhöht werden. [3]Der nach Satz 2 in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag nach § 34 Abs. 1 Satz 1. [4] § 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) [1]Bei einer Verhinderungspflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe der Pauschalbeihilfe nach § 32 Abs. 2 beihilfefähig. [2]Notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege entstanden sind, können auf Nachweis bis zum Betrag nach Abs. 1 übernommen werden. [3]Wird die Pflege durch die in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, findet Abs. 1 Anwendung.

§ 34 Kurzzeitpflege

(1) [1]Kann die häusliche Pflege nach § 32 Abs. 1 und 2 zeitweise nicht oder nicht in vollem Umfang erbracht werden, so sind die Aufwendungen für vollstationäre Pflege bis zu 1 612 € im Kalenderjahr beihilfefähig. [2]Wird der beihilfefähige Höchstbetrag nach § 33 Abs. 1 Satz 1 nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag nach Satz 1 um den nicht beanspruchten Teilbetrag des Höchstbetrags nach § 33 Abs. 1 Satz 1, höchstens bis zu 1 612 €, erhöht werden. [3]Der nach Satz 2 in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag nach § 33 Abs. 1 Satz 1. [4]Erfolgt die Unterbringung vollstationär, liegen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, so sind die für die Pflege anfallenden Kosten bis zum Höchstbetrag nach § 32 Abs. 1 beihilfefähig.

(2) [1]Pflegeaufwendungen für eine Kurzzeitpflege sind in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. [2] § 37 findet keine Anwendung. [3]Sind in den Aufwendungen für die Einrichtung Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 % der Aufwendungen beihilfefähig.

(3) Für Aufwendungen einer Kurzzeitpflege, die in Einrichtungen für stationäre Anschlussheilbehandlungen und sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (§ 29) erbracht werden, gilt Abs. 1 entsprechend, wenn die Pflegeperson einer stationären Behandlung in diesen Rehabilitationseinrichtungen bedarf und eine gleichzeitige Unterbringung der pflegebedürftigen Person erforderlich ist.

§ 35 Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds

[1]Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der pflegebedürftigen Person sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. [2]Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. [3] § 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 36 Stationäre Pflege

(1) [1]Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinn des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen im Sinn des § 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI beihilfefähig. [2]Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 770 €,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 1 262 €,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 1 775 €,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 2 005 €.

[3]Daneben sind Aufwendungen für Zuschläge nach den §§ 43b, 84 Abs. 9, § 141 Abs. 3, 3a Satz 2 und 3, Abs. 3b und 3c SGB XI beihilfefähig. [4]Abweichend von Satz 2 gilt in den Fällen des § 141 Abs. 8 SGB XI der am 31. Dezember 2016 jeweils maßgebende beihilfefähige Betrag, wenn dieser höher ist als der nach Satz 2 für Januar 2017 beihilfefähige Betrag. [5] § 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Der Anerkennungsbetrag, der nach § 87a Abs. 4 SGB XI an Einrichtungen zu zahlen ist, die stationäre Pflegeleistungen im Sinn des § 43 SGB XI erbringen, ist neben den Leistungen nach Abs. 1 beihilfefähig, wenn der Pflegebedürftige nach Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen durch das Personal der Pflegeeinrichtung in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinn der §§ 14 und 15 SGB XI ist.

(3) [1]Zu den Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Abs. 1 Satz 2 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie den Eigenanteil des Einkommens nach Satz 3 übersteigen. [2]Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Orts- und Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person sowie der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten bzw. Lebenspartners im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags. [3]Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehalts der Besoldungsgruppe A 9 BayBesG
   a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 % des Einkommens,
   b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 % des Einkommens,

2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
   a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 % des Einkommens,
   b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 % des Einkommens,

3. bei allein stehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege der beihilfeberechtigten Person und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 % des Einkommens.

[4]Im Monat des Beginns und der Beendigung der stationären Pflege ist der Eigenanteil nach Satz 3 nur entsprechend der tatsächlichen Dauer der stationären Unterbringung zu berücksichtigen; § 191 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gilt entsprechend. [5]Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen nach Satz 1 werden als Beihilfe gezahlt.

§ 37 Einrichtungen der Behindertenhilfe

[1]Aufwendungen für Pflegebedürftige

1. in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen,

2. in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) erbracht werden,

sind nach Art und Umfang des § 43a SGB XI beihilfefähig. [2] § 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 38 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag

(1) [1]Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 sind Aufwendungen für Leistungen zur Unterstützung im Alltag im Sinn des § 45a SGB XI bis zu 40 % des nach § 36 SGB XI je Kalendermonat für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Leistungen erbracht hat. [2]Die nach Satz 1 als beihilfefähig anerkannten Beträge sind auf den jeweiligen Höchstbetrag nach § 32 Abs. 1 Satz 1 anzurechnen. [3]Im Übrigen bestimmen sich Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen nach § 45b SGB XI. [4] § 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) [1]Bei einer häuslichen Pflege ist neben Leistungen nach § 32 ein Entlastungsbetrag beihilfefähig. [2]Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach den §§ 45b und 141 Abs. 2 SGB XI. [3]Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit des Zuschlags nach § 141 Abs. 2 SGB XI ist die Vorlage einer Kopie der Mitteilung der Pflegekasse oder der privaten Pflegeversicherung im Sinn des § 141 Abs. 2 Satz 3 SGB XI. [4] § 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 38a Beihilfefähige Aufwendungen bei Pflegegrad 1

Für pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen des Pflegegrades 1 sind Aufwendungen beihilfefähig für

1. Beratung zu Hause nach § 32 Abs. 6,

2. zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 32 Abs. 4, wenn Leistungen nach § 38 Abs. 2 bezogen oder für eine spätere Inanspruchnahme angespart werden,

3. Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 35,

4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 36 Abs. 1 Satz 3,

5. vollstationäre Pflege nach § 36 Abs. 1 in Höhe von 125 € monatlich,

6. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag nach § 38,

7. Rückstufung nach § 36 Abs. 2.

§ 39 Palliativversorgung

(1) [1]Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind nach einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. [2]Die Aufwendungen sind angemessen bis zur Höhe der Kosten von Leistungen, die von den Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37b SGB V gewährt werden.

(2) [1]Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. [2]Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen nach Maßgabe des § 39a SGB V, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. [3]Darüber hinaus können Leistungen nach diesem Abschnitt erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. [4]Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

§ 40 Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

[1]Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach Abschnitt VI auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. [2]Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. [3]Satz 2 gilt auch bezüglich der Überleitung in Pflegegrade im Sinn des § 140 SGB XI; das von dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen oder der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person übermittelte schriftliche Ergebnis der Überleitung ist der Beihilfestelle in Kopie vorzulegen [4]In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. [5]Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Abschnitt VII Aufwendungen in sonstigen Fällen

§ 41 Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

(1) Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maß gefährden,

2. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),

3. bei Frauen und Männern vom Beginn des 18. Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen sowie von der Vollendung des 50. Lebensjahres an die Kosten für Maßnahmen zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms; Aufwendungen für ein Mammographie-Screening zwischen dem vollendeten 50. und 70. Lebensjahr sind jedes zweite Jahr beihilfefähig,

4. bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an die Kosten für Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs; diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig,

5. bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Zuckerkrankheit. Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig,

6. bei Männern von der Vollendung des 65. Lebensjahres an die Kosten eines Screenings zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen.

(2) [1]Aufwendungen, die Frauen für die Feststellungen eines erblich bedingten erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisikos entstehen, sind nur bei einer Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung in einem im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossenen universitären Zentrum nach Maßgabe der Sätze 2 bis 9 sowie der **Anlage 5** Nr. 1 beihilfefähig. [2]Aufwendungen für die Risikofeststellung, Beratung, Genanalysen und Früherkennungsmaßnahmen sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

Nr.	Bezeichnung	Inhalt	Betrag
1.	Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung	interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus enthält die Pauschale auch die mögliche Beratung weiterer Familienmitglieder	900 € pro Familie
2.	Genanalyse für einen Indexfall bzw. einen prädiktiven Test		3 500 €
3.	Genanalyse für eine gesunde Ratsuchende		250 €
4.	Früherkennungsmaßnahmen	Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm	580 €, einmal pro Jahr

[3]Die Kosten für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung nach Satz 2 Nr. 1 werden der ratsuchenden Person zugeordnet. [4]Gibt es in der Familie der gesunden Ratsuchenden Verwandte, die an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt sind, sogenannte Indexfälle, wird eine umfassende Genanalyse nach Satz 2 Nr. 2 bei der bereits erkrankten Person durchgeführt, soweit nicht bereits früher eine entsprechende Untersuchung durchgeführt wurde. [5]Ziel dieser diagnostischen Genanalyse ist die Feststellung möglicher weitergehender Therapieansätze bei der bereits erkrankten Person. [6]Die Kosten werden der erkrankten Person zugeordnet. [7]Die Genanalyse nach Satz 2 Nr. 2 wird als sogenannter prädiktiver Test zur Feststellung bzw. Vorhersage einer Erkrankungswahrscheinlichkeit der gesunden Ratsuchenden zugeordnet, wenn

1. aus der Gentestung keine Therapieoptionen mehr für die bereits erkrankte Patientin abgeleitet werden können; dies ist durch eine schriftliche ärztliche Bescheinigung zu belegen,

2. die erkrankte Person eine Beratung und Befundmitteilung ablehnt, jedoch einer Genanalyse ihres Blutes im Hinblick auf einen möglichen Nutzen für die ratsuchende Patientin zustimmt.

[8]Mit der Genanalyse nach Satz 2 Nr. 3 wird bei der ratsuchenden, nicht erkrankten Frau nur eine Analyse hinsichtlich der mutierten Gensequenz durchgeführt. [9]Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Bestandteil der Früherkennungsmaßnahmen nach Satz 2 Nr. 4.

(3) [1]Aufwendungen, die für die Feststellung eines erblich bedingten erhöhten familiären Darmkrebsrisikos entstehen, sind nur bei einer Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit erhöhtem familiären Darmkrebsrisiko in einem universitären Zentrum nach Maßgabe der Sätze 2 und 3 sowie der Anlage 5 Nr. 2 beihilfefähig. [2]Aufwendungen für die Risikofeststellung, interdisziplinäre Beratung, Tumorgewebediagnostik und genetische Analyse – Untersuchung auf Keimbahnmutation – und Gendiagnostik sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

Nr.	Bezeichnung	Inhalt	Betrag
1	Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung	erstmalige Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung, wenn die revidierten Bethesda-Kriterien in der Familie der ratsuchenden Person erfüllt sind	600 € einmalig
2	jede weitere Beratung	nur bei einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom bekannt ist	300 €
3	Tumorgewebsdiagnostik	immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe	500 €
4	genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)	genetische Analyse bei einem Indexfall oder bei einem ratsuchenden Verdachtsfall, wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen	3 500 €
5	prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation		350 €
6	Früherkennungsmaßnahmen	jährliche endoskopische Untersuchung des Magendarmtraktes einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien bei Vorliegen eines Lynch- oder eines Polyposis-Syndroms	540 €, einmal pro Jahr.

[3]Ist die Analyse des Tumorgewebes nach Satz 2 Nr. 3 negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nach Satz 2 Nr. 3 nicht beihilfefähig. [4]Satz 3 gilt auch bei Verdacht auf das Vorliegen eines Polyposis-Syndroms.

(4) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Anlage 1 Nr. 1000 bis 1020, 1040 und 2000 GOZ.

(5) Bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen beihilfefähig für

1. ärztliche Beratungen zu Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV,

2. Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

(6) [1]Aufwendungen für Schutzimpfungen sind auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut beihilfefähig. [2]Nicht beihilfefähig sind Impfungen anlässlich privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union.

§ 42 Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung,

2. entsprechend §§ 8 bis 19, 25, 26, 28 und 44 Abs. 1 Nr. 2,

3. für die Hebamme,

4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einer Krankenanstalt bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 24 gepflegt wird; § 24 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend,

5. entsprechend § 28 für das Kind.

§ 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption

(1) [1]Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel sowie gegebenenfalls Leistungen nach Abs. 3 sind nur dann zu 50 % beihilfefähig, wenn auf Grund eines Behandlungsplans

1. die Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,

2. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,

3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind und

4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden.

[2]Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. [3]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Frauen, die das 40. Lebensjahr und für Männer, die das 50. Lebensjahr vollendet haben.

(2) [1]Die für Maßnahmen nach Abs. 1 zur Verfügung stehenden Verfahren sind unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

Verfahren	Indikationen	max. Anzahl der Versuche
1. Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, ggf. nach Ovulationstiming ohne Polyovulation (drei oder mehr Follikel)	– somatische Ursachen (z.B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastenose, Dyspareunie), – gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion, – Subfertilität des Mannes, – immunologisch bedingte Sterilität,	acht
2. Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel)	– Subfertilität des Mannes, – immunologisch bedingte Sterilität,	drei
3. In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer)	– 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 Nr. 2 keinen	drei (Der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat.)

Verfahren	Indikationen	max. Anzahl der Versuche
	Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind, – immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,	
4. Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)	– 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 Nr. 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,	zwei
5. Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	– schwere männliche Fertilitätsstörung, dokumentiert durch zwei aktuelle Spermiogramme, die auf der Grundlage des Handbuchs der WHO zu „Examination and processing of human semen“ erstellt worden sind; die Untersuchung des Mannes durch Ärztinnen oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ muss der Indikationsstellung vorausgehen.	drei (Der dritte Versuch ist nur beihilfefähig, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat.)

[2]Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Ehepartnern erfolgt nach der Person, anlässlich deren Beratung und Behandlung die Kosten entstehen. [3]Danach werden die Aufwendungen

1. dem Ehemann zugeordnet

   a) für Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens,

   b) für die in Nr. 12.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung genannten Laboruntersuchungen des Ehemanns,

   c) für die Beratung des Ehepaares nach Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung und die gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung,

2. der Ehefrau zugeordnet

   a) für die Beratung des Ehepaares nach Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung,

   b) für die in Nr. 12.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung genannten Laboruntersuchungen der Ehefrau,

   c) für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen.

(3) [1]Aufwendungen für die Kryokonservierung von imprägnierten Eizellen sind beihilfefähig,

1. soweit und solange die Voraussetzungen für eine künstliche Befruchtung nach Abs. 1 vorliegen,

2. wenn diese im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung nach Abs. 2 entstehen,

längstens jedoch für die Dauer von drei Jahren.

(4) Abweichend von Abs. 3 können Aufwendungen für die Kryokonservierung einschließlich Entnahme, vorhergehender Aufbereitung und nachfolgender Lagerung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen einschließlich hormoneller Stimulation in medizinisch begründeten Ausnahmefällen höchstens bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenze für eine künstliche Befruchtung nach Abs. 1 Satz 2, längstens jedoch für die Dauer von 15 Jahren als beihilfefähig anerkannt werden.

(5) [1]Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer Krankheit notwendig ist. [2]In diesen Fällen sind die im Einzelfall erforderlichen Leistungen nach näherer Maßgabe der in §§ 8 bis 13, 18 und 26 bis 28 bezeichneten Aufwendungen beihilfefähig.

(6) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

1. für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und die Verordnung von Empfängnis regelnden Mitteln,

2. aus Anlass eines beabsichtigten Schwangerschaftsabbruchs für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft,

3. für die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch oder eine nicht rechtswidrige Sterilisation.

§ 44 Sonstige Aufwendungen

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

1. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe;

2. Erste Hilfe.

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

(3) [1]Aufwendungen für eine Spenderin oder einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind entsprechend den Abschnitten IV und V beihilfefähig, wenn die Empfängerin oder der Empfänger der Spende selbst beihilfeberechtigt ist oder zum Kreis der berücksichtigungsfähigen Angehörigen zählt. [2]Beihilfefähig ist auch der nachgewiesene Ausfall von Arbeitseinkünften

1. der Spenderin oder des Spenders,

2. von Personen, die als Spenderin oder Spender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.

[3]Dem Arbeitgeber der Spenderin oder des Spenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt entsprechend dem Bemessungssatz der Empfängerin oder des Empfängers erstattet.

(4) Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einer nicht verwandten Blutstammzellspenderin oder einem nicht verwandten Blutstammzellspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register sind beihilfefähig.

(5) Erkranken Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige an Krebs, beteiligt sich die Festsetzungsstelle an den angemessenen personenbezogenen Kosten unmittelbar gegenüber dem jeweiligen klinischen Krebsregister für jede

1. verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor im Sinn von § 65c Abs. 4 Satz 2 bis 4 und 5 SGB V sowie

2. landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister im Sinn von § 65c Abs. 6 SGB V.

§ 45 Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) [1]Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach den §§ 8 bis 29, 31 bis 44 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären (Kostenvergleich). [2]Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Satzes 1 nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt. [3]Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. [4]Abweichend von Satz 1 sind Aufwendungen, die anlässlich eines vorübergehenden privaten Aufenthalts außerhalb Europas entstanden sind, nicht beihilfefähig. [5]Die Beschränkungen der Sätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Aufwendungen, die anlässlich von stationären Notfallbehandlungen entstehen. [6]Bei stationären Maßnahmen nach § 29 Abs. 1, die in Gebieten außerhalb der Europäischen Union durchgeführt werden, gilt Abs. 3 Nr. 3 entsprechend.

(2) [1]Aufwendungen nach Abs. 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können;

2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nach Maßgabe der Abs. 1 und 3 zulässig;

3. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 550 € je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

(3) [1]Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinn von § 30 Abs. 1 Nr. 1 und 3 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn bei Antritt der Reise

1. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurorteverzeichnis Ausland aufgeführt ist,

2. die Voraussetzungen des § 30 vorliegen und

3. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

[2]Die Aufwendungen nach §§ 8 bis 19, 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1, 2, 4, 5 und Satz 2 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. [3]Abs. 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen von Beamtinnen und Beamten sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland bestimmen sich nach der **Anlage 6**.

Abschnitt VIII Leistungsumfang, Verfahren

§ 46 Bemessung der Beihilfen

(1) [1]Die Beihilfe bemisst sich nach den in Art. 96 Abs. 3 Satz 2 BayBG genannten personenbezogenen Vomhundertsätzen (Bemessungssätze). [2]Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrer beträgt 50 %; abweichend hiervon beträgt der Bemessungssatz dann 70 %, wenn dem entpflichteten Hochschullehrer auf Grund einer weiteren Beihilfeberechtigung nach § 2 Abs. 1 Nr. 2, die jedoch gemäß § 5 Abs. 1 nachrangig ist, ein Bemessungssatz von 70 % zustehen würde.

(2) [1]Der nach Art. 96 Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 2 BayBG bei mehreren Beihilfeberechtigten nur einmal zu gewährende erhöhte Bemessungssatz von 70 % wird dem Beihilfeberechtigten gewährt, der die entsprechenden Kinderanteile des Orts- und Familienzuschlags erhält. [2]Eine hiervon abweichende Zuordnung ist nur im Fall einer gemeinsamen anderweitigen Bestimmung durch die Beihilfeberechtigten möglich; bereits vor dem 1. Januar 2007 getroffene Vereinbarungen gelten fort. [3]Abweichende Bestimmungen nach Satz 2 sollen nur in Ausnahmefällen geändert werden. [4] § 5 Abs. 6 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) [1]Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein nach Anrechnung von Kassenleistungen im Sinn von Art. 96 Abs. 2 Satz 4 BayBG verbleibender beihilfefähiger Differenzbetrag zu 100 % erstattet (Differenzkostenbeihilfe). [2]Beihilfefähige Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Zuschüsse gewährt, werden zu den jeweils nach Art. 96 Abs. 3 Satz 2 BayBG maßgebenden Bemessungssätzen erstattet.

(4) Für die Anwendung des Abs. 1 gelten die Aufwendungen

1. nach § 25 Abs. 1 und 2 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,

2. einer Begleitperson sowie von Begleitpersonen im Rahmen einer familienorientierten Rehabilitation als Aufwendungen des Begleiteten,

3. nach § 42 Nrn. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,

4. nach § 42 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter.

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

(6) [1]Die oberste Dienstbehörde – im staatlichen Bereich das Staatsministerium – kann den Bemessungssatz erhöhen,

1. für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,

2. in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabs anzunehmen sind; eine Erhöhung ist ausgeschlossen in Fällen der §§ 31 bis 39.

[2]Die oberste Dienstbehörde bzw. das Staatsministerium kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen.

§ 47 Begrenzung der Beihilfen

(1) [1]Bei Leistungen von Dritten im Sinn von Art. 96 Abs. 2 Satz 2 BayBG handelt es sich um Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen. [2]Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen – soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen – bleiben unberücksichtigt. [3]Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 8 bis 45 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird.

(2) [1]Die in Abs. 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. [2]Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. [3]In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. [4]Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach den §§ 29 bis 39 werden getrennt abgerechnet.

(3) [1]Vor dem Abzug der Eigenbeteiligungen gemäß Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG ist bei Bedarf die Begrenzung gemäß Art. 96 Abs. 2 Satz 2 BayBG durchzuführen. [2]Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht.

(4) [1]Die Beihilfestelle hat die individuelle Höchstgrenze gemäß Art. 96 Abs. 3 Satz 7 und 8 BayBG anhand der im Januar eines Kalenderjahres maßgebenden Bezüge und Renten festzustellen. [2]Abweichend hiervon ist bei einem Beginn der Beihilfeberechtigung während des laufenden Kalenderjahres der Tag der Berufung in ein Beamtenverhältnis, im Fall von Hinterbliebenen der Todestag des verstorbenen Beihilfeberechtigten maßgebend. [3]Die nach den Sätzen 1 und 2 festgestellte Höchstgrenze vermindert sich bei verheirateten oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Beihilfeberechtigten um 15 %; sind beide Ehegatten bzw. Lebenspartner beihilfeberechtigt, erfolgt die Minderung des Einkommens um 15 % jeweils für jeden Beihilfeberechtigten gesondert. [4]Die nach Satz 3 festgestellte Höchstgrenze vermindert sich für jedes berücksichtigungsfähige Kind um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG ergebenden Betrag; ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, erfolgt die Minderung nach Halbsatz 1 bei dem Beihilfeberechtigten, der nach § 5 Abs. 6 zur Geltendmachung der Aufwendungen für Kinder berechtigt ist. [5]Auf der Basis des gegebenenfalls nach den Sätzen 3 und 4 geminderten fiktiven Jahresbetrags wird die individuelle Höchstgrenze von zwei % bzw. *eins* % errechnet. [6]Ab dem Zeitpunkt der Überschreitung der Belastungsgrenze ist die festgesetzte Beihilfe für den Rest des Kalenderjahres nicht mehr nach Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG zu mindern.

(5) [1]Wurden im Jahr des Todes des verstorbenen Beihilfeberechtigten bereits Eigenbehalte nach Abs. 3 Satz 1 berücksichtigt, werden diese bei der Feststellung der Belastungsgrenze gemäß Art. 96 Abs. 3 Satz 7 und 8 BayBG dem überlebenden Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet. [2]Bei einem Anspruch gemäß Art. 89 Abs. 4 Satz 1 BayBG oder Art. 96 Abs. 1 Satz 2 BayBG kommt Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG nicht zur Anwendung; bezüglich des Beginns und des Endes der Beurlaubung gilt Abs. 4 Satz 2 entsprechend.

§ 48 Verfahren

(1) [1]Beihilfen müssen vom Beihilfeberechtigten schriftlich beantragt werden, im staatlichen Bereich unter Verwendung der vom Staatsministerium herausgegebenen Formblätter. [2]Zulässig ist auch die Verwendung hiervon abweichender EDV-Ausdrucke. [3]Alternativ zu Satz 1 kann die Antragsstellung auch mittels einer vom Dienstherrn bereitgestellten Anwendungssoftware (Beihilfe-App) erfolgen, für deren Freischaltung eine einmalige sichere elektronische Authentifizierung des Beihilfeberechtigten erforderlich ist. [4]Die vom Dienstherren bereitgestellte Beihilfe-App muss die Integrität und Vertraulichkeit des übermittelten Datensatzes durch technische Maßnahmen, sowie die Anforderungen an die Barrierefreiheit nach § 1 Abs. 1 Satz 1 und 2 der Bayerischen E-Government-Verordnung gewährleisten. [5]Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 gilt als Beihilfeantrag:

1. die Übermittlung der abrechnungsrelevanten Daten
   a) im Fall des § 31 Abs. 4 durch den Träger der Pflegeberatung oder
   b) im Fall des § 44 Abs. 5 durch das jeweilige Krebsregister

oder

2. im Fall des § 44 Abs. 3 Satz 3 die Antragstellung durch den Arbeitgeber.

(2) Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist.

(3) [1]Die Beihilfeanträge sind mit Belegen der Festsetzungsstelle vorzulegen; die Vorlage von Zweitschriften bzw. Rechnungskopien ist ausreichend. [2]Mit den übersandten Belegen ist entsprechend Art. 110 Abs. 2

BayBG zu verfahren. [3]Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheim zu halten.

(4) [1]Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden. [2]Bei kostenintensiven Aufwendungsarten, z.B. stationäre Krankenhausbehandlungen, kann die Überweisung der festgesetzten Beihilfe unmittelbar an den Leistungserbringer erfolgen, wenn der Beihilfeberechtigte dies beantragt und die Festsetzungsstelle dem Antrag zustimmt. [3]Sollen hierbei bestehende Möglichkeiten eines elektronischen Datenaustauschs zwischen den Leistungserbringern oder von diesen mit der Rechnungsstellung beauftragten Dritten und der Festsetzungsstelle genutzt werden, ist von Beihilfeberechtigten und gegebenenfalls den behandelten volljährigen berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Einwilligung in die erforderliche Datenverarbeitung sowie die Entbindung von der Schweigepflicht der Leistungserbringer einzuholen.

(5) Ist in den Fällen des § 29 Abs. 5 Satz 4, § 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 2, § 45 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen sind.

(6) [1]Eine Beihilfe wird nur bei einer Antragsstellung innerhalb der in Art. 96 Abs. 3a BayBG bestimmten Frist gewährt. [2]Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 32 Abs. 2 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, und bei Aufwendungen nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 7 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. [3]Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

(7) [1]Zur Überprüfung von Notwendigkeit und Angemessenheit einzelner geltend gemachter Aufwendungen kann die Festsetzungsstelle Gutachterinnen bzw. Gutachter, Beratungsärztinnen bzw. Beratungsärzte und sonstige geeignete Stellen unter Übermittlung der erforderlichen Daten beteiligen, wobei personenbezogene Daten nur mit Einwilligung des Beihilfeberechtigten übermittelt werden dürfen. [2]Die Zuerkennung der Eignung setzt voraus, dass die mit der Bewertung betrauten Personen nach dem Verpflichtungsgesetz zur Wahrung der Daten verpflichtet werden.

Abschnitt IX Schlussbestimmungen

§ 49 Ausnahmen

(1) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzugs außerhalb des Familienwohnsitzes der verstorbenen Person eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 %.

(2) [1]Die oberste Dienstbehörde – im staatlichen Bereich das Staatsministerium – kann in besonders begründeten Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabs anzunehmen sind, über diese Verordnung hinaus die Gewährung von Beihilfen zulassen. [2]Die oberste Dienstbehörde kann die Entscheidung im Sinn des Satzes 1 für bestimmte Fallgruppen von Aufwendungen auf eine nachgeordnete Behörde übertragen.

§ 50 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2007 in Kraft.

§ 51 Übergangsvorschriften

(1) Auf die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vorschrift vorhandenen Empfänger von Versorgungsbezügen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten bzw. Lebenspartner sowie Witwen und Witwer sowie hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner (§ 2 Abs. 1 Nr. 3) und die in Art. 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 4 BayBeamtVG bezeichneten Waisen findet § 47 Abs. 1 und 2 keine Anwendung, wenn diese Personen am 1. Oktober 1985 Versorgungsbezüge erhielten und in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind, solange dieser Tarif beibehalten wird.

(2) [1] § 5 Abs. 1 Nr. 2 Halbsatz 2 gilt nicht für Versorgungsempfänger, deren Beihilfeanspruch auf einem vor dem 1. April 2011 entstandenen Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung beruht. [2]Soweit nach § 49 Abs. 3 in Einzelfällen einer Beihilfegewährung nach einem von § 5 Abs. 1 Nr. 2 BayBhV in der bis 31. März 2011 geltenden Fassung abweichenden Rangverhältnis zugestimmt wurde, verbleibt es bei diesen Entscheidungen.

(3) In den Fällen des § 141 Abs. 1 und 2 SGB XI sind die §§ 31 bis 35 und 37 bis 40 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung einschließlich der bis dahin geltenden Rechtslage des SGB XI weiterhin anzuwenden, sofern dies zu einer Besserstellung der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen führt.

München, den 2. Januar 2007

Bayerisches Staatsministerium der Finanzen

Prof. Dr. Kurt Faltlhauser, Staatsminister

Anlage 1 (zu § 7 Abs. 1)

Beihilfefähige Höchstbeträge bei von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern erbrachten Leistungen

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
1 – 10	Allgemeine Leistungen	
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50 €
2a	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	80,00 €
2b	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie *Anmerkung: Die Leistung nach Ziffer 2b ist in einer Sitzung nur einmal und innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.*	35,00 €
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin / des Heilpraktikers	3,00 €
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung *Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 4 ist nur als alleinige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Leistung nach Ziffer 1 oder 17.1 beihilfefähig.*	18,50 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung *Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.*	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags *Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Ziffern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.*	20,00 €
9	Hausbesuch einschließlich Beratung	

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung		beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2		Sp. 3
9.1	bei Tag		24,00 €
9.2	In dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)		26,00 €
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen		29,00 €
10	**Nebengebühren für Hausbesuche**		
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag – bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		4,00 €
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht – bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		8,00 €
10.5	für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		1,00 €
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		2,00 €
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden. *Anmerkung: Die Wegkilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.*		0,20 €
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann die Heilpraktikerin/der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin bzw. der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.		16,00 €
11	**Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen**		
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse der Patientin/des Patienten		5,00 €
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben)	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00 €
		Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00 €
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen		8,00 €
12	**Chemisch-physikalische Untersuchungen**		
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich *Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des ph-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.*		3,00 €
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z.B. Zucker usw.)		4,00 €
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment		4,00 €
12.7	Blutstatus (nicht neben Nummer 12.9, 12.10, 12.11)		10,00 €
12.8	Blutzuckerbestimmung		2,00 €
12.9	Hämoglobinbestimmung		3,00 €
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches		6,00 €
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z.B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.	3,00 €

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung		beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2		Sp. 3
		Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00 €
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschl. Blutentnahme		3,00 €
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung *Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.*		6,00 €
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung *Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.*		7,00 €
13	**Sonstige Untersuchungen**		
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z.B. ph-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. *Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.*		6,00 €
14	**Spezielle Untersuchungen**		
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes *Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und Ziffer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.*		8,00 €
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes *Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und Ziffer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.*		8,00 €
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read		5,00 €
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung		20,00 €
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)		7,00 €
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm		41,00 €
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen		14,00 €
14.8	Oszillogramm-Methoden		11,00 €
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen *Anmerkung: Nicht neben Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechenbar*		8,00 €
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessungen		9,00 €
17	**Neurologische Untersuchungen**		
17.1	Neurologische Untersuchung		21,00 €
18 – 23	**Spezielle Behandlungen**		
20	**Atemtherapie, Massagen**		
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren		8,00 €
20.2	Nervenpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a., Spezialnervenmassage		6,00 €
20.3	Bindegewebsmassage		6,00 €
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)		4,00 €
20.5	Großmassage		6,00 €
20.6	Sondermassagen	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00 €

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
	Massage im extramuskulären Bereich (z.B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00 €
	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00 €
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00 €
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00 €
21	**Akupunktur**	
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00 €
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00 €
22	**Inhalationen**	
22.1	Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin/dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00 €
24 – 30	**Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren**	
24	**Eigenblut, Eigenharn**	
24.1	Eigenblutinjektion	11,00 €
25	**Injektionen, Infusionen**	
25.1	Injektion, subkutan	5,00 €
25.2	Injektion, intramuskulär	5,00 €
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	7,00 €
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung	7,00 €
25.5	Injektion, intraartikulär	11,50 €
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	11,50 €
25.7	Infusion	8,00 €
25.8	Dauertropfeninfusion *Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.*	12,50 €
26	**Blutentnahmen**	
26.1	Blutentnahme	3,00 €
26.2	Aderlass	12,00 €
27	**Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren**	
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband	5,00 €
27.2	Skarifikation der Haut	4,00 €
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00 €
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00 €
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,00 €
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00 €
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00 €
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00 €
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00 €
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00 €
27.12	Biersche Stauung	5,00 €
28	**Infiltrationen**	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00 €
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00 €

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
29	**Roedersches Verfahren**	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00 €
30	**Sonstiges**	
30.1	Spülung des Ohres	5,00 €
31	**Wundversorgung, Verbände und Verwandtes**	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00 €
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00 €
32	**Versorgung einer frischen Wunde**	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00 €
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00 €
33	**Verbände (außer zur Wundbehandlung)**	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00 €
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00 €
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband *Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.*	10,00 €
34	**Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung**	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule *Anmerkung: Die Leistung nach Ziffer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	17,00 €
35	**Osteopathische Behandlung**	
35.1	des Unterkiefers	11,00 €
35.2	des Schultergelenkes und der Wirbelsäule	21,00 €
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	21,00 €
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00 €
35.5	des Daumens	10,00 €
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00 €
36	**Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen** *Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.*	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00 €
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00 €
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00 €
36.4	Kneippsche Güsse	4,00 €
37	**Elektrische Bäder und Heißluftbäder** *Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.*	
37.1	Teilheißluftbad, z.B. Kopf oder Arm	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, z.B. Rumpf oder Beine	5,00 €
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00 €
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00 €
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00 €
38	**Spezialpackungen** *Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.*	

GebüH-Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3
38.1	Fangopackungen	3,00 €
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00 €
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00 €
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	3,00 €
39	**Elektro-physikalische Heilmethoden**	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00 €
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00 €
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00 €
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00 €
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00 €
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00 €
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00 €
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00 €
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00 €
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z.B. Jono-Modulator	4,00 €
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00 €

Anlage 2 Zu § 7 Abs. 5

Beihilfefähigkeit wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Methoden

1. Völliger Ausschluss

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

A

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

B

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

C

- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen

– Computergestützte mechanische Distraktionsverfahren, zur nichtoperativen segmentalen Distraktion an der Wirbelsäule (z.B. SpineMED, DRX 9000, Accu-SPINA)

– Computergesteuertes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung

– Cytotoxologische Lebensmitteltests

D

– DermoDyne-Therapie (DermoDyneLichtimpfung)

E

– Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon

– Elektro-Neural-Diagnostik

– Epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik (z.B. nach Racz)

F

– 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

– Hornhautimplantation refraktiv zur Korrektur der Presbyopie

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

– Kinesiologische Behandlung

– Kirlian-Fotographie

– Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur)

– Konduktive Förderung nach Petö, sofern nicht als heilpädagogische Behandlung von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen

L

– Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

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

N

– Neurostimulation nach Molsberger (NSM)

– Neurotopische Diagnostik und Therapie

– Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

– Osmotische Entwässerungstherapie

P

– Photodynamische Lasertherapie in der Parodontologie
– Psycotron-Therapie
– Pulsierende Signaltherapie (PST)
– Pyramidenenergiebestrahlung

R

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

S

– Schwingfeld-Therapie
– SIPARI-Therapie

T

– Thermoregulationsdiagnostik
– Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie
– Trockenzellentherapie

V

– Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
– Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

– Zellmilieu-Therapie

2. Teilweiser Ausschluss

Die Aufwendungen für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden sind begrenzt:

a) Chelat-Therapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson und Siderose. Aufwendungen für alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung von Schwermetallvergiftungen.

b) Fokussierte Extracorporale Stoßwellentherapie (f-ESWT)
Die Aufwendungen sind im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig bei Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose, der Fasziitis plantaris, der therapierefraktären Achillodynie oder der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Anlage Nr. 1800 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Die Aufwendungen der ESWT in sonstigen Anwendungsbereichen werden vom Teilausschluss nicht erfasst.

c) Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie, diabetischem Fußsyndrom ab Wagner-Stadium II oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

d) Hyperthermie-Behandlungen
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Tumorbehandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie.

e) Klimakammerbehandlungen
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die

Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat. Die Gutachterperson wird von der Festsetzungsstelle bestimmt.

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

g) Magnetfeldtherapie
Die Therapie mit Magnetfeldern ist beihilfefähig bei Behandlung der atrophen Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie im Rahmen einer repetitiven transcraniellen Magnetstimulation bei Depressionen.

h) Ozontherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusserkrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle auf Grund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat. Die Gutachterperson wird von der Festsetzungsstelle bestimmt.

i) Radiale Stoßwellentherapie (r-ESWT)
Die Aufwendungen sind im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis sowie der therapierefraktären Fasziitis plantaris. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der r-ESWT sind Gebühren nach der Anlage Nr. 302 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

j) 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. Krankengymnastin bzw. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird Anlage 3 Nr. 4 bis 6 zugeordnet.

k) Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

Anlage 3 (zu § 19 Abs. 1)

Beihilfefähige Höchstbeträge für ärztlich und zahnärztlich verordnete Heilbehandlungen

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	Teil 1 Inhalation	
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	8,80
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	Teil 2 Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	25,70
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	45,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	8,20
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	71,40
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,60
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen); Richtwert: 60 Minuten	46,20
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80
	Teil 3 Massagen	
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	18,20
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	25,70
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	38,50
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,30
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	12,40
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50
	Teil 4 Palliativversorgung	
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
	Teil 5 Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	36,20
	bb) Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
26	Heublumensack, Peloidkompresse	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10
	b) Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30
	b) Vollbad	52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90
	b) Vollbad	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinisches Bad mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
37	Gashaltiges Bad	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Teil bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nr. 36 Buchst. a bis c und nach Nr. 37 Buchst. b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nr. 36 Buchst. d beihilfefähig.	
	Teil 6 Kälte- und Wärmebehandlung	
39	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie	11,90
	Teil 7 Elektrotherapie	
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
	Teil 8 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
47	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) Richtwert: 45 Minuten	59,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	68,90
	d) Richtwert: 90 Minuten	103,40
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	
49	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	50,40
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	
	Teil 9 Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
51	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	54,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	128,20
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
	aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
	bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
52	Gruppenbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	37,90
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	70,20
53	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung Richtwert: 30 Minuten	46,20
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
	Teil 10 Podologie	
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90
59	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	41,60
60	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	26,70
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
	Teil 11 Ernährungstherapie	
66	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
67	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	33,00
68	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	11,00
	Aufwendungen für in den Nrn. 67 und 68 bezeichnete Behandlungen sind für insgesamt maximal 12 Einheiten innerhalb von 12 Monaten beihilfefähig	
	Teil 12 Sonstiges	
69	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
70	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
71	Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nrn. 69 und 70 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	

Definition Richtwert:

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Anlage 4 Zu § 21 Abs. 1

Beihilfefähige ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

A

Abduktionslagerungskeil

Absauggerät (z.B. bei Kehlkopferkrankung)

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

Alarmgerät für Epileptiker

Anatomische Brillenfassung

Anti-Varus-Schuh

Anus-praeter-Versorgungsartikel

Anzieh-/Ausziehhilfen

Aquamat

Armmanschette

Armtragegurt/-tuch

Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl

Atemtherapiegeräte

Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)

Auffahrrampen für Krankenfahrstuhl

Aufrichteschlaufe

Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 € beihilfefähig)

Aufstehgestelle

Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)

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

Augenschielklappe, auch als Folie

B

Badestrumpf

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

Badewannenverkürzer

Ballspritze

Behinderten-Dreirad

Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie

Bettnässer-Weckgerät

Beugebandage

Billroth-Batist-Lätzchen

Blasenfistelbandage

Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)

Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)

Blindenschriftmaschine

Blindenstock/-langstock/-taststock

Blutlanzette

Blutzuckermeßgerät

Bracelet

Bruchband

C

Clavicula-Bandage

Communicator (bei dysarthrischen Sprechstörungen)

Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhard- und -software bis zu 3500 €, ggf. zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5400 €

D

Defibrillatorweste

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

Delta-Gehrad

Drehscheibe, Umsetzhilfen

Duschsitz/-stuhl

E

Einlagen (orthopädische), auch sensomotorische/propriozeptive Einlagen

Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten

Ekzem-Manschette

Elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgabe für Blinde

Elektro-Stimulationsgerät

Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten

Ernährungssonde

F

Farberkennungsgerät für Blinde sowie bei hochgradiger Sehbehinderung

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peronaeus-Prothese)

Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

Fingerling

Fingerschiene

Fixationshilfen

(Mini) Fonator

Fußteilentlastungsschuh

G

Gehgipsgalosche

Gehhilfen und -übungsgeräte

Gehörschutz

Genutrain-Aktiv-Kniebandage

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

Geräte zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung bei Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus, die einer intensiven Insulintherapie bedürfen, bei einer Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie sowie von sonstigen Fachärztinnen und Fachärzten mit einer diabetologischen Zusatzqualifikation; daneben sind die Aufwendungen eines Blutzuckermessgeräts zusätzlich beihilfefähig

Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)

Gilchrist-Bandage

Gipsbett, Liegeschale

Glasstäbchen

Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz

Gummistrümpfe

H

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze

Handgelenkriemen

Hebekissen

Heimdialysegerät

Helfende Hand, Scherenzange

Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)

Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte] sowie In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte] einschließlich Otoplastik, Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals], drahtlose Hörhilfen), einschließlich der Nebenkosten, ab dem vollendeten 10. Lebensjahr begrenzt auf bis zu 1 500 € je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Fernbedienung. Mehrkosten sind beihilfefähig, wenn nach einem fachärztlichen Gutachten (§ 48 Abs. 7) auf Grund einer beidseitigen an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten ansonsten eine ausreichende Versorgung Schwersthörgeschädigter nicht zu gewährleisten ist.

I

Impulsvibrator

Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör

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

Innenschuh, orthopädischer

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

Ipos-Vorfußentlastungsschuh

K

Kanülen und Zubehör

Katapultsitz

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter

Kieferspreizgerät

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

Klumpfußschiene

Klumphandschiene

Klyso

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage

Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation

Knöchel- und Gelenkstützen

Körperersatzstücke einschließlich Zubehör (bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 €, bei Badeanzügen für Brustprothesenträgerinnen von 40 € zu berücksichtigen)

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose

Koordinator nach Schielbehandlung

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Korrektursicherungsschuh

Krabbler für Spastiker

Krampfaderbinde

Krankenfahrstuhl mit Zubehör

Krankenpflegebett

Krankenstock

Kreuzstützbandage

Krücke

L

Latextrichter bei Querschnittlähmung

Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden

Lesehilfen (Lesesständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)

Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)

Lispelsonde

Lumbalbandage

M

Malleotrain-Bandage

Mangoldsche Schnürbandage

Manutrain-Bandage

Maßschuhe (orthopädisch), die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen jeweils 64 € übersteigen (Eigenbeteiligung):

- Straßenschuhe: Erstausstattung 2 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren

- Hausschuhe: Erstausstattung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren
- Sportschuhe: Erstausstattung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren
- Badeschuhe: Erstausstattung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 4 Jahren
- Interimsschuhe, ohne Ansatz einer Eigenbeteiligung

Milchpumpe

Mundsperrer

Mundstab/-greifstab

N

Narbenschützer

Neurodermitis-Overall für Kinder vor Vollendung des 12. Lebensjahres, begrenzt auf zwei pro Jahr bis zu 80 € je Overall

O

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Haltemanschetten usw.

Orthesenschuhe, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, bis zu maximal sechs Paar Schuhen pro Jahr

Orthopädischer Spezialschuh für Diabetiker, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen

P

Pavlikbandage

Penisklemme

Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel

Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung

Polarimeter

Psoriasiskamm

Q

Quengelschiene

R

Reflektometer

Rektophor

Rollbrett

Rutschbrett

S

Schede-Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

Segofix-Bandagensystem

Sicherheitsmechanismus zum Schutz vor Nadelstichverletzungen für dritte Personen, wenn der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der eine Infektionsgefahr durch Stichverletzungen, insbesondere durch Blutentnahmen und Injektionen, besteht oder angenommen werden kann

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

Skolioseumkrümmungsbandage

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

Sphinkter-Stimulator

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

Spreizfußbandage

Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

Spritzen

Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung, Lähmungszuständen und Achillessehnenschädigung; die gleichzeitige Anerkennung der Aufwendungen einer Orthese gegebenenfalls zuzüglich eines Orthesenschuhs ist ausgeschlossen

Stehübungsgerät

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

Strickleiter

Stubbies

Stumpfschuhhülle

Stumpfstrumpf

Suspensorium

Symphysen-Gürtel

T

(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar

Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung)

Therapiestuhl

Tinnitus-Gerät

Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten oder Personen mit Hüfttotalendoprothesen

Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)

Tragegurtsitz

U

Übertragungsanlagen – zur Befriedung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zusätzlich zu einem Hörgerät oder einem Cochlea-Implantat oder wenn bei peripherer Normalhörigkeit auf Grund einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung eine pathologische Einschränkung des Sprachverstehens im Störschall besteht

Übungsschiene

Urinale

Urostomie-Beutel

V

Verbandsschuh (Einzelschuhversorgung)

Vibrationstrainer bei Taubheit

W

Wasserfeste Gehhilfe

Wechseldruckgerät

Wright-Peak-Flow-Meter

Z

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set

Anlage 5 (zu § 41 Abs. 2)

Klinische Zentren mit umfassenden Versorgungskonzepten zur Erkennung und Therapie von erblich bedingten Krebserkrankungen

1. Universitäre Zentren im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

1.1 Berlin
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum

1.2 Dresden
Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1.3 Düsseldorf
Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum

1.4 Erlangen
Universitätsklinikum Erlangen,
Familiäres Brust- und Eierstockkrebszentrum

1.5 Frankfurt
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1.6 Freiburg
Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Freiburg

1.7 Göttingen
Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum

1.8 Greifswald
Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Greifswald

1.9 Halle
Universitätsklinikum Halle, Klinik und Poliklinik für Gynäkologie

1.10 Hamburg
Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

1.11 Hannover
Institut für Humangenetik, Medizinische Hochschule Hannover

1.12 Heidelberg
Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg

1.13 Kiel
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein

1.14 Köln
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

1.15 Leipzig
Institut für Humangenetik der Universität Leipzig, Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs

1.16 Mainz
Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universitätsmedizin Mainz, Institut für Humangenetik und Klinik für Frauengesundheit

1.17 München
Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München-Großhadern
Universitätsfrauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar

1.18 Münster
Institut für Humangenetik der Universität Münster

1.19 Regensburg
Institut für Humangenetik, Universität Regensburg

1.20 Tübingen
Universität Tübingen, Institut für Humangenetik

1.21 Ulm
Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm

1.22 Würzburg
Institut für Humangenetik der Universität Würzburg

2. Klinische Zentren des Deutschen Konsortiums Familiärer Darmkrebs

2.1 Berlin
Charité – Universitätsmedizin Berlin

2.2 Bochum
Ruhr-Universität Bochum
Knappschaftskrankenhaus, Medizinische Universitätsklinik

2.3 Bonn
Institut für Humangenetik, Biomedizinisches Zentrum

2.4 Dresden
Abteilung Chirurgische Forschung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

2.5 Düsseldorf
Institut für Humangenetik und Anthropologie, Universitätsklinikum Düsseldorf

2.6 Halle
Universitätsklinikum Halle

2.7 Hannover
Medizinische Hochschule

2.8 Heidelberg
Abteilung für Angewandte Tumorbiologie, Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg

2.9 Köln
Universitätsklinikum Köln

2.10 Leipzig
Universität Leipzig

2.11 Lübeck
Klinik für Chirurgie, Universität zu Lübeck und Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

2.12 München
Medizinische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität
Medizinisch-Genetisches Zentrum

2.13 Münster
Universitätsklinikum Münster

2.14 Tübingen
Universität Tübingen

2.15 Ulm
Universitätsklinikum Ulm

2.16 Wuppertal
HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal

Anlage 6 Zu § 45 Abs. 4

Sonderregelungen für Bedienstete mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland

I.

Beamtinnen und Beamte

1. Zu § 3 Abs. 1 Nr. 2

Berücksichtigungsfähig sind die nicht selbst beihilfeberechtigten Kinder des Beihilfeberechtigten, für die ein Kinderzuschlag nach Art. 38 BayBesG gezahlt wird oder nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein

Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind bis zum Erreichen der Volljährigkeit sorgeberechtigt ist oder war.

2. Zu § 7 Abs. 1

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich anstelle der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren; Entsprechendes gilt für Heilpraktikerleistungen.

3. Zu § 7 Abs. 4 Nr. 2 sowie Art. 96 Abs. 1 BayBG

Zu dem in dieser Vorschrift genannten Einkommensbetrag tritt in entsprechender Anwendung von § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

4. Zu §§ 9 bis 12

Bei ambulant durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung ist im Einzelfall unter Beteiligung von Gutachterpersonen das Vorliegen der jeweiligen Abrechnungsvoraussetzungen zu prüfen.

5. Zu § 14

Ist bei zahnärztlichen Sonderleistungen der auf zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik entfallende Kostenanteil nicht nachgewiesen oder nicht zu ermitteln, ist der hierauf entfallende Anteil mit 40 % des Gesamtrechnungsbetrags anzusetzen.

6. Zu § 19

Die Angemessenheit der Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlungen beurteilt sich anstelle der Anlage 3 unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 % der Kosten, die die nach dieser Vorschrift maßgeblichen Höchstsätze der Anlage 3 übersteigen, höchstens jedoch um 10 €. Satz 2 ist bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nicht anzuwenden.

7. Zu §§ 21 bis 23

Zu den für diese Vorschrift maßgebenden Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu, wenn die Aufwendungen in Fremdwährung entstanden sind.

8. Zu § 25

Bei einer notwendigen ambulanten ärztlichen Behandlung des den Haushalt allein führenden Elternteils außerhalb des Gastlandes findet die Vorschrift entsprechende Anwendung, wenn mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und die auswärtige Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert. Werden in diesen Fällen Kinder unter vier Jahren mitgenommen, sind die notwendigen Beförderungskosten beihilfefähig.

Wird die Weiterführung des Haushalts von einer der in § 24 Abs. 1 Satz 3 genannten Person übernommen, so sind die Fahrtkosten bis zur Höhe der Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

9. Zu § 26

Ist bei Krankheit oder Geburt eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn die

Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Behandlung geboten war. Entsprechendes gilt aus Anlass von Maßnahmen nach §§ 29 und 30.

10. Zu § 27

Die Vorschrift gilt auch bei notwendiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung außerhalb des Gastlandes.

Dies gilt auch bei einer außerhalb des Gastlandes erforderlichen stationären Behandlung für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige Begleitperson.

Zum Höchstbetrag tritt in entsprechender Anwendung von § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

11. Zu § 28

Für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenanstalten sind unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung einem Zweibettzimmer im Inland entspricht, es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Die in Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG genannten Eigenbeteiligungen sind entsprechend zu berücksichtigen.

12. Zu § 29

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer entsprechenden ausländischen Einrichtung hat zur Voraussetzung, dass die Einrichtung amts- oder vertrauensärztlich als zur stationären Behandlung und Pflege im Sinn des § 29 Abs. 2 bis 4 geeignet erklärt und die Behandlung nicht in Verbindung mit einem Inlandsaufenthalt durchgeführt werden kann. Dem Beihilfeantrag sind entsprechende Unterlagen über die stationäre Rehabilitationseinrichtung beizufügen.

Wird eine Rehabilitationsmaßnahme, auf die ein Anspruch aus anderen Sicherungssystemen besteht (vgl. Art. 96 Abs. 2 Sätze 3 und 4 BayBG), im Inland gewährt, so gelten auch die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem inländischen Behandlungsort als beihilfefähige Aufwendungen, soweit diese vom Kostenträger nicht erstattet werden. Dies gilt nicht, wenn die Rehabilitationsmaßnahme mit gleicher Erfolgsaussicht auch im Gastland oder in der näheren Umgebung durchgeführt werden kann und die beihilfefähigen Aufwendungen in diesem Fall niedriger sind als die Durchführung der entsprechenden Behandlung im Inland.

13. Zu § 30

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

14. Zu § 42 Nr. 4

Ist im Geburtsfall eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet und muss dieser wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden, sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe entsprechend § 25 Abs. 1 für die Dauer der ärztlich festgestellten unvermeidbaren Abwesenheit vom Dienstort beihilfefähig.

Im Geburtsfall sind die Kosten für Unterkunft am Entbindungsort vor Aufnahme in eine Krankenanstalt entsprechend den Unterkunftskosten bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen beihilfefähig. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt eines nahen Angehörigen.

15. Zu § 46 sowie Art. 96 Abs. 3 Sätze 1 bis 3 BayBG

Der Bemessungssatz erhöht sich auf 100 % der beihilfefähigen Aufwendungen

1. für Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort (Nr. 9), soweit diese den Betrag von 153 € übersteigen,

2. für die unter Nr. 19 genannten Fälle der Leichen- und Urnenüberführung.

16. Zu § 48 Abs. 6

Diese Regelung findet auch auf Beförderungskosten zum nächstgelegenen Behandlungsort (Nr. 9) Anwendung.

17. Zu § 48 Abs. 6 Satz 1

Die Antragsfrist ist gewahrt, wenn der Beihilfeantrag innerhalb dieser Frist bei der zuständigen Beschäftigungsdienststelle im Ausland vorgelegt wird.

18. Zu § 49 Abs. 2

Bei Beamtinnen und Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und in das Ausland abgeordneten Beamtinnen und Beamten sind die Kosten der Leichen- und Urnenüberführung vom Gastland in die Bundesrepublik Deutschland bis zur Höhe der Überführungskosten an den vom Hinterbliebenen gewählten Beisetzungsort beihilfefähig.

19. Beihilfefähige, außerhalb des Gastlandes entstehende Aufwendungen

Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthalts außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, sind nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie bei Behandlung im Gastland oder in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Dies gilt nicht in den Fällen der Nr. 9.

II.

Arbeitnehmer

Sofern in das Ausland entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf Grund von Art. 144 Abs. 1 BayBG noch einen Beihilfeanspruch haben, finden die Regelungen des Abschnitts I mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass sich für diese Beschäftigten der Bemessungssatz für die im Ausland entstehenden, nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 % erhöht, wenn sie nach deutschem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder freiwillig versichert sind und einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten.

Für die bei den Auslandsdienststellen beschäftigten nicht entsandten deutschen und nichtdeutschen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die auf Grund von Art. 144 Abs. 1 BayBG noch einen Beihilfeanspruch haben, finden die Regelungen des Abschnitts I mit folgenden Maßgaben entsprechende Anwendung:

1. Zu Abschnitt I Nr. 1 (§ 3 Abs. 1 Nr. 2)

Zu Aufwendungen für Kinder kann eine Beihilfe gewährt werden, wenn das Kind bei sinngemäßer Anwendung der für entsandte Bedienstete geltenden Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähig wäre.

2. Zu Abschnitt I Nr. 3 (§ 7 Abs. 4 Nr. 2 sowie Art. 96 Abs. 1 BayBG)

An die Stelle des in dieser Vorschrift genannten Einkommensbetrags tritt der dem ortsüblichen Einkommensniveau entsprechende Betrag für eine vergleichbare Beschäftigung im Inland. In Zweifelsfällen ist das ortsübliche Einkommen für eine der Entgeltgruppe 5 des TV-L vergleichbare Tätigkeit zugrunde zu legen. Ein Kaufkraftausgleich wird nicht vorgenommen.

3. Zu Abschnitt I Nr. 9 (§ 26)

Die Kosten der Beförderung zur Behandlung außerhalb des Landes sind nur dann beihilfefähig, wenn aufgrund einer amts- oder vertrauensärztlichen Stellungnahme außergewöhnliche Gründe dies rechtfertigen und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Einlieferung in ein Krankenhaus außerhalb des Landes unabweisbar war.

4. Zu Abschnitt I Nr. 10 (§ 27)

Nr. 3 findet entsprechende Anwendung.

5. Zu Abschnitt I Nrn. 12 und 13 (§§ 29, 30)

Zu den Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen werden Beihilfen nicht gewährt.

6. Zu Abschnitt I Nr. 14 (§ 42)

Nr. 3 findet entsprechende Anwendung.

7. Zu Abschnitt I Nr. 15 (§ 46 sowie Art. 96 Abs. 3 Sätze 1 bis 3 BayBG)

Für die nicht entsandten deutschen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die nach deutschem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, erhöht sich der Bemessungssatz für die im Ausland entstehenden, nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 %.

8. Zu Abschnitt I Nr. 18 (§ 49 Abs. 2)

Abschnitt I Nr. 18 findet keine Anwendung.