

## **Verwaltungsvorschriften zur Hessischen Beihilfenverordnung (VV)**

in der Bekanntmachung vom 26. Oktober 2006

Aufgrund des § 20 der Hessischen Beihilfenverordnung (HBeihVO) werden zur Durchführung dieser Verordnung folgende Verwaltungsvorschriften erlassen:

### **Zu § 1**

1. <sup>1</sup>Die Beihilfe ist für Beihilfeberechtigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei sind, eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge. <sup>2</sup>Durch die Beihilfe wird die bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung erfüllt, eine Beteiligung an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu übernehmen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird.
2. Die Hessische Beihilfenverordnung und diese Verwaltungsvorschriften gelten unmittelbar im gesamten Geltungsbereich des Hessischen Beamtengesetzes (vgl. § 1 HBG).
3. <sup>1</sup>Das Verbot der Abtretung gilt auch für nicht nach den §§ 93, 94 SGB XII überleitbare Beihilfeansprüche. <sup>2</sup>Diese können vom Sozialhilfeträger auch nicht aufgrund einer Bevollmächtigung geltend gemacht werden.

### **Zu § 2**

Zu Abs. 1

1. <sup>1</sup>Andere als die in Abs. 1 Nr. 1 bezeichneten Personen in einem Praktikum sind nur bei einer entsprechenden tarifvertraglichen Zusicherung beihilfeberechtigt. <sup>2</sup>Nicht beihilfeberechtigt sind folglich die unter den Tarifvertrag über die Regelungen der Arbeitsbedingungen der Praktikantinnen (Praktikanten) für medizinische Hilfsberufe sowie den entsprechenden Tarifvertrag für Berufe des Sozial- und Erziehungsdienstes fallenden Personen. <sup>3</sup>Entsprechendes gilt für Personen, die ein Praktikum ableisten, das nicht in den beruflichen Ausbildungsgang integriert, sondern Teil der Schul- oder Hochschulausbildung oder Zulassungsvoraussetzung für eine Ausbildung oder spätere Berufsausbildung ist. <sup>4</sup>§ 18 des Tarifvertrags zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Ärzte/Ärztinnen im Praktikum vom 10.04.1987 begründet für diese eine Beihilfeberechtigung. <sup>5</sup>Abs. 2 ist zu beachten.
2. Die in Nr. 3 genannten Personen sind, soweit sie Ansprüche nach Abs. 2 haben, bereits von dem Tage an selbst beihilfeberechtigt, an dem die oder der Beihilfeberechtigte stirbt.
3. <sup>1</sup>Empfänger von Übergangsgeld nach § 47 BeamtVG sowie von Unterhaltsbeitrag aufgrund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.  
<sup>2</sup>Sofern nach bisherigem Beihilferecht anderen als den in Abs. 1 Nr. 2 und 3 bezeichneten Empfängern von Unterhaltsbeiträgen eine Beihilfeberechtigung zuerkannt worden war, bleibt diese bestehen (§ 18 Abs. 1). <sup>3</sup>Das gilt auch, wenn diese Unterhaltsbeiträge aufgrund disziplinarrechtlicher Regelungen oder gnadenweise zugebilligt worden sind.

### **Zu § 2**

Zu Abs. 2

1. Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen in Betracht § 22 Abs. 1 Satz 2, §§ 53 bis 56 und § 61 Abs. 2 und 3 BeamtVG.
2. Bedienstete sind während der Elternzeit nach § 5 Abs. 1 EitZVO beihilfeberechtigt.
3. <sup>1</sup>Bei unter schriftlicher Anerkennung eines dienstlichen Interesses ohne Bezüge, Vergütung oder Lohn beurlaubten Beihilfeberechtigten geht die Beihilfeberechtigung aufgrund der anderen Beschäftigung derjenigen nach der Hessischen Beihilfenverordnung vor (§ 4 Abs. 3 Satz 2). <sup>2</sup>§ 5 Abs. 3 bleibt unberührt.

<sup>3</sup>Bei einer Beurlaubung ohne Beihilfeberechtigung aus einem neuen Beschäftigungsverhältnis sind grundsätzlich dem Dienstherrn die von ihm gewährten Beihilfen von der Einrichtung usw. zu erstatten, bei der die Beurlaubten tätig sind. <sup>4</sup>Abschnitt II Nr. 6 der Richtlinien über die Beurlaubung von Bediensteten zur Übernahme von Aufgaben der Entwicklungshilfe (StAnz. 1976 S. 1106) ist zu beachten.

## **Zu § 2**

Zu Abs. 4 Nr. 2

Abs. 4 Nr. 2 ist nicht anwendbar, wenn Halbwaisen nach § 24 Abs. 2 BeamtVG Vollwaisengeld erhalten.

## **Zu § 2**

Zu Abs. 4 Nr. 3

1. <sup>1</sup>Werden zunächst nicht beihilfeberechtigte Bedienstete nach Ablauf eines Jahres weiterbeschäftigt, sind sie vom Zeitpunkt der Verlängerung des Beschäftigungsverhältnisses an beihilfeberechtigt. <sup>2</sup>Wird das Beschäftigungsverhältnis von nicht beihilfeberechtigten Bediensteten vor Ablauf eines Jahres auf einen Zeitraum von insgesamt länger als ein Jahr verlängert, sind sie vom Zeitpunkt der Verlängerung an beihilfeberechtigt.
2. <sup>1</sup>Eine ununterbrochene Beschäftigung im öffentlichen Dienst liegt auch vor, wenn sich an ein Dienstverhältnis bei einem öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber ein Arbeitsverhältnis bei einem anderen öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber unmittelbar angeschlossen hat. <sup>2</sup>Als Unterbrechung gilt jeder zwischen den Beschäftigungsverhältnissen liegende, einen oder mehrere Werktage umfassende Zeitraum, in dem ein Beschäftigungsverhältnis nicht bestand.
3. <sup>1</sup>Als Unterbrechung gilt nicht das Ausscheiden nach Bestehen der zweiten Staatsprüfung oder der Laufbahnprüfung, sofern sich Bedienstete binnen zwei Monaten nach dem Ausscheiden nachweislich um eine Wiedereinstellung bei einer Behörde im Geltungsbereich des Hessischen Beamtengesetzes beworben haben und sie spätestens sechs Monate nach dem Ausscheiden wieder eingestellt worden sind. <sup>2</sup>Die nach dem Ausscheiden bis zur Wiedereinstellung entstandenen Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.
4. <sup>1</sup>Entscheidend ist die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. <sup>2</sup>Bei Lehrkräften an Schulen tritt an die Stelle der regelmäßigen Arbeitszeit die Pflichtstundenzahl.
5. Die aufgrund von Abs. 1 Nr. 1 und 2 sowie § 18 Abs. 1 bestehende Beihilfeberechtigung (z. B. als Versorgungsempfänger) bleibt unberührt.

## **Zu § 2**

Zu Abs. 4 Nr. 4

1. Als Leistungen nach Abs. 4 Nr. 4 kommen besondere Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes des Bundes und § 16 oder § 38 Abs. 2 bis 4 HessAbgG in Betracht.
2. Nach § 16 Abs. 1 und § 38 Abs. 2 bis 4 HessAbgG werden zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen entweder Beihilfen oder ein monatlicher Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt.

## **Zu § 3**

1. Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 4 Abs. 3 zu beachten.
2. <sup>1</sup>Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder.

<sup>2</sup>Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag zusteht (z. B. bei Anspruch auf Anwärterbezüge) oder die im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigt würden (vgl. hierzu § 4 Abs. 6, § 17 Abs. 3 Satz 2).

3. <sup>1</sup>Ein rückwirkender Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern beim Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag wegen Überschreitens der für die Gewährung von Kindergeld maßgebenden Höchstgrenze von Einkünften und Bezügen der Kinder bleibt unberücksichtigt. <sup>2</sup>Dies gilt nicht für Zeiten, in denen Beihilfeberechtigte den Grund für den Wegfall des kinderbezogenen Anteils im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag bereits kannten oder hätten kennen müssen.
4. <sup>1</sup>Ist der Ehegatte eines ohne Bezüge, Vergütung oder Lohn Beurlaubten beihilfeberechtigt, bleiben beurlaubte Bedienstete im Verhältnis zum Ehegatten berücksichtigungsfähige Angehörige. <sup>2</sup>Die VV Nr. 3 zu § 2 Abs. 2 ist zu beachten.
5. Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen denjenigen zu gewähren, bei denen die Betroffenen bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähige Angehörige waren.
6. <sup>1</sup>Bei Anwendung des § 85 a Abs. 7 Satz 2 HBG liegt keine Berücksichtigungsfähigkeit der beurlaubten Ehegatten vor, wenn nach § 5 Abs. 6 Nr. 3 zu deren Aufwendungen keine Beihilfe zusteht. <sup>2</sup>In diesem Fall bleiben Beurlaubte beihilfeberechtigt nach § 85 a Abs. 7 Satz 1 HBG.

#### **Zu § 4**

Zu Abs. 1

<sup>1</sup>Abs. 1 stellt klar, aus welchem Rechtsverhältnis eine Beihilfe beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften zu gewähren ist. <sup>2</sup>Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig.

#### **Zu § 4**

Zu Abs. 2

1. <sup>1</sup>Die Beihilfeberechtigung aufgrund einer Beamtenversorgung wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne der Abs. 2 und 5 nicht ausgeschlossen. <sup>2</sup>Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht.

#### Beispiel:

Eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Wittwengeldempfängerin hat Wahlleistungen eines Krankenhauses in Anspruch genommen. Als Angestellte steht ihr zu diesen Aufwendungen dem Grunde nach keine Beihilfe zu, da sie angesichts ihrer Beihilfeberechtigung aus dem Arbeitsverhältnis auf Sachleistungen verwiesen ist (§ 5 Abs. 4). Da somit aus der vorgehenden Beihilfeberechtigung (als Angestellte) zu den Aufwendungen für die Wahlleistungen keine Beihilfe gewährt werden darf, steht eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin zu.

2. <sup>1</sup>Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aufgrund einer Beamtenversorgung ist ausgeschlossen (§ 5 Abs. 6 Nr. 7). <sup>2</sup>Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

#### **Zu § 4**

Zu Abs. 3

<sup>1</sup>Die VV zu Abs. 1 und 2 gelten entsprechend. <sup>2</sup>Auf die Ausschlussregelung in § 5 Abs. 6 Nr. 3 wird hingewiesen.

#### **Zu § 4**

Zu Abs. 5

<sup>1</sup>Wird bei teilzeitbeschäftigten berücksichtigungsfähigen Angehörigen der zustehende Beihilfeanspruch entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe nach § 2 Abs. 2 Nr. 1 und 2 beim beihilfeberechtigten Ehegatten, wenn die sonstigen Voraussetzungen (z. B. § 5 Abs. 6 Nr. 3) erfüllt sind. <sup>2</sup>Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die den Angehörigen zustehende Beihilfe abzuziehen (§ 5 Abs. 3 Satz 1). <sup>3</sup>§ 5 Abs. 6 Nr. 7 findet keine Anwendung.

#### **Zu § 4**

Zu Abs. 6

<sup>1</sup>Die gemeinsame Erklärung nach Abs. 6 muss von beiden Eltern unterschrieben sein. <sup>2</sup>An die Erklärung sind die Eltern gebunden, soweit keine Änderung der Verhältnisse eintritt. <sup>3</sup>Ist ein berücksichtigungsfähiges Kind zugleich Ehegatte eines Beihilfeberechtigten, steht die Beihilfe für dieses Kind abweichend von Satz 1 ausschließlich dem Ehegatten zu.

#### **Zu § 5**

Zu Abs. 1

1. Als vertrauensärztliche Gutachten gelten auch Gutachten der Berufsgenossenschaftlichen Arbeitsmedizinischen Dienste.
2. Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 der Gebührenordnung für Ärzte –GOÄ –, § 1 Abs. 2 Satz 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte –GOZ –); dies gilt nicht für Verblindungen im Seitenzahnbereich.
- 3.1 Aufwendungen für Vorsorgeaufwendungen sind nur nach Maßgabe des § 10 beihilfefähig.
- 3.2 <sup>1</sup>Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Fahr- und Unterkunftskosten (§ 6 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Buchst. a) notwendig, wenn es sich um einen Problemfall handelt. <sup>2</sup>Ein Problemfall liegt nur vor, wenn dies ärztlich ausdrücklich bestätigt wird; von dieser Bestätigung kann abgesehen werden, wenn die Aufwendungen für die Untersuchung oder Behandlung ganz oder teilweise von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden.
- 4.1 <sup>1</sup>Die GOÄ und GOZ stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zugrunde zu legen sind. <sup>2</sup>Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. <sup>3</sup>Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.
- 4.2 <sup>1</sup>Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (Abs. 1 Satz 1) sind die Gebühren nach der GOÄ, GOZ auch dann, wenn die (zahn-)ärztliche oder unter (zahn-)ärztlicher Verantwortung erbrachte Leistung von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet. <sup>2</sup>Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. <sup>3</sup>Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind. <sup>4</sup>Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden.

4.3 <sup>1</sup>Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind (§ 1 Abs. 2 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818)). <sup>2</sup>Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Gebührennummern:

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

<sup>3</sup>Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach Nr. 808, 835, 845 bis 847, 855 bis 857 und 860 des Abschnitts G der GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren durch vertrauensärztliche Gutachterinnen oder Gutachter; sie sind unabhängig von den übrigen Gebührennummern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.

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

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

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

5.2 <sup>1</sup>Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. <sup>2</sup>Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie die Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch die Ärztin oder den Arzt (bzw. die Zahnärztin oder den Zahnarzt) erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. <sup>3</sup>Werden Zweifel, gegebenenfalls unter Einschaltung einer fachkundigen Stelle der Dienststelle (z. B. Gesundheitsdezernat) oder des Gesundheitsamtes, nicht ausgeräumt, kann mit Einverständniserklärung der Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Landesärztekammer oder örtlichen Ärztekammer bzw. der zuständigen Landes Zahnärztekammer eingeholt werden. <sup>4</sup>Von der Einholung dieser Stellungnahme ist abzusehen, wenn die Schwellenwertüberschreitungen in einer Arztrechnung insgesamt unter 75 EURO liegen. <sup>5</sup>Bis zu diesem Betrag entscheiden die Festsetzungsstellen in eigener Zuständigkeit. <sup>6</sup>Vor der Beauftragung sachkundiger Stellen oder Personen mit einer gebührenpflichtigen Begutachtung einer (zahn-)ärztlichen Rechnung, hat die Festsetzungsstelle abzuwägen, ob die Gebühren in einem vertretbaren Verhältnis zur erwarteten Verringerung der Beihilfe stehen.

- 5.3 <sup>1</sup>Nach § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ kann durch die Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). <sup>2</sup>Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig (vgl. VV Nr. 2). <sup>3</sup>Gebühren, die auf einer Abdingung beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum Gebührenrahmen (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Nr. 5.1 und 5.2 gerechtfertigt. <sup>4</sup>Ausnahmen (d. h. Überschreitungen des Gebührenrahmens) können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen zugelassen werden.
6. Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2 a SGB V) beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standardtarifs zählen, nach § 5 b GOÄ, § 5 a GOZ und § 1 Abs. 1 GOP in Verbindung mit § 5 b GOÄ.
7. Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen vergleiche die als Anhang beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht.
8. Gutachten sind mit Einverständnis der Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden.

## **Zu § 5**

### **Zu Abs. 3**

- 1.1. <sup>1</sup>Die aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährten Leistungen, die dem Zweck der Beihilfe entsprechen, vermindern in voller Höhe die beihilfefähigen Aufwendungen. <sup>2</sup>Dies gilt besonders für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung; Leistungen der privaten Krankenversicherung werden nicht von Abs. 3 erfasst. <sup>3</sup>Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden (z. B. weil privatärztliche oder Behandlung durch einen Heilpraktiker gewählt wurde), erfolgt fiktiv eine Anrechnung nach Maßgabe des Abs. 3 Satz 2. <sup>4</sup>Eine fiktive Anrechnung zustehender, aber nicht in Anspruch genommener Leistungen entfällt hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei den in Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 und 2 genannten Personen.
- 1.2 <sup>1</sup>Anzurechnen sind auch Leistungen, die erst nach der Festsetzung der Beihilfe gewährt werden. <sup>2</sup>In diesem Fall ist die Beihilfefestsetzung zu berichtigen. <sup>3</sup>Beihilfeberechtigte haben nachträglich gewährte Leistungen anzuzeigen; dazu verpflichten sie sich auch im Beihilfeantrag.
- 1.3 Die Leistungen gesetzlicher Krankenkassen zu Aufwendungen einer zahnärztlichen Behandlung im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3 (insbesondere Zahnersatz) sind voll auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen.
- 1.4 Eine Anrechnung gewährter Leistungen zu dem Grunde nach nicht beihilfefähigen Aufwendungen entfällt.
- 2.1 <sup>1</sup>Personen mit Ansprüchen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG können anstelle dieser Leistungen Beihilfen in Anspruch nehmen. <sup>2</sup>In diesem Fall unterbleibt nach Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 eine fiktive Anrechnung der nach dem BVG zustehenden Leistungen. <sup>3</sup>Haben die genannten Personen Leistungen nach dem BVG in Anspruch genommen, vermindern diese die beihilfefähigen Aufwendungen. <sup>4</sup>Nach § 10 Abs. 1 BVG zustehende Leistungen vermindern stets die beihilfefähigen Aufwendungen; wurden sie nicht in Anspruch genommen, sind sie in dem in Abs. 3 Satz 2 bezeichneten Umfang anzurechnen.
- 2.2 Nach § 12 Abs. 2 BVG gewährte Zuschüsse zu Kosten eines Zahnersatzes mindern voll die beihilfefähigen Aufwendungen.
- 2.3 <sup>1</sup>Die vorstehenden Ausführungen gelten für sich auf § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG beziehende Vorschriften entsprechend. <sup>2</sup>Sie gelten ferner für Personen mit Ansprüchen nach den §§ 141 a und 141 c des Bundesentschädigungsgesetzes.

- 3.1 <sup>1</sup>Abs. 3 gilt auch für nicht von Abs. 4 erfasste, in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte Personen. <sup>2</sup>Die genannten Personen brauchen zustehende Sachleistungen der Krankenkasse nicht in Anspruch zu nehmen, können sich also beispielsweise von privat liquidierenden Ärzten oder von Heilpraktikern behandeln lassen oder Wahlleistungen eines Krankenhauses beanspruchen. <sup>3</sup>Die gewährten Kassenleistungen oder die nach Abs. 3 Satz 2 als zustehend geltenden Kassenleistungen vermindern jedoch die beihilfefähigen Aufwendungen. <sup>4</sup>Abs. 3 Satz 3 bleibt unberührt.
- 3.2 <sup>1</sup>Zustehende Leistungen sind auch dann nach Maßgabe des Abs. 3 Satz 2 auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen, wenn eine privat krankenversicherte Person Anspruch auf Familienversicherung (§ 10 SGB V) aus einem Pflichtversicherungsverhältnis außerhalb der Krankenversicherung der Rentner oder einem freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherungsverhältnis hat, zu dessen Beitrag ein Zuschuss aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses gewährt wird. <sup>2</sup>Sind beide Elternteile Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung für ein berücksichtigungsfähiges Kind, erfolgt keine fiktive Anrechnung zustehender Kassenleistungen auf die beihilfefähigen Aufwendungen, wenn ansonsten die Krankenkasse der in Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 und 2 genannten Personen Leistungen für das Kind erbringt.
- 3.3 Zustehende Leistungen aus einem gesetzlichen Versicherungsverhältnis zu Aufwendungen, die während einer beitragsfreien Mitgliedschaft (z. B. während des Bezugs von Erziehungsgeld) entstehen, sind nach Maßgabe des Abs. 3 Satz 2 auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen.
4. <sup>1</sup>Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z. B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche auf Krankenfürsorge aufgrund Art. 31 Abs. 2 des Status des Lehrpersonals der Europäischen Schulen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. <sup>2</sup>Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche – ausgenommen Bestattungsgelder (vgl. § 13 Abs. 1 Satz 4) – nach dem BVG, und zwar auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen der Leistungsberechtigten oder ihrer unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.
5. – nicht besetzt –
6. <sup>1</sup>Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615 a in Verbindung mit § 1610 Abs. 2, §§ 1615 ff. BGB). <sup>2</sup>Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach Abs. 3 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. <sup>3</sup>Daher kann die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.
7. <sup>1</sup>Eine nach der HBeihVO zustehende Beihilfe hat Vorrang vor den Leistungen nach dem SGB XII (§ 2 Abs. 1 SGB XII), auch wenn nach dem SGB XII vorgeleistet wird. <sup>2</sup>Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus dem Entschädigungsfond für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 des Pflichtversicherungsgesetzes.
8. Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 und 2 gehören nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr aufgrund des BVG gewährt werden.
9. Die nach Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 als zustehende Leistung geltenden 50 vom Hundert sind von den beihilfefähigen Aufwendungen zu ermitteln.

## **Zu § 5**

### **Zu Abs. 4**

1. <sup>1</sup>Ist ein Elternteil privat krankenversichert, gilt für ein berücksichtigungsfähiges Kind auch dann nicht die Verweisung auf Sachleistungen, wenn aus dem Pflichtversicherungsverhältnis des anderen Elternteils Anspruch auf Familienhilfe (§ 10 SGB V) für das Kind besteht.

<sup>2</sup>Sind beide Elternteile Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Familienhilfe für ein berücksichtigungsfähiges Kind, gilt für das Kind die Verweisung auf die Sachleistungen nicht, wenn die Krankenkasse des nicht auf die Sachleistungen verwiesenen Elternteils Leistungen für das Kind erbringt; die VV Nr. 3.2 zu § 5 Abs. 3 ist zu beachten. <sup>3</sup>Sind beide Elternteile pflichtversichert, gilt die Verweisung auf Sachleistungen für ein berücksichtigungsfähiges Kind mit Anspruch auf Familienversicherung auch dann, wenn das Kind privat krankenversichert ist. <sup>4</sup>Dies gilt nicht, wenn ein Elternteil als Versorgungsempfänger versicherungspflichtiges Mitglied der Rentnerkrankenversicherung ist.

2. Die vorgeschriebene Form der Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung (Abs. 4 Satz 2) ist nicht eingehalten, wenn z. B. anstelle der Behandlung durch einen Vertragsarzt diejenige durch einen privatliquidierenden Arzt oder einen Heilpraktiker gewählt wird.
3. Abs. 4 Satz 4 lässt die Anrechnung gewährter bzw. zustehender Leistungen nach Abs. 3 Satz 1 und 2 unberührt.
4. <sup>1</sup>Nach Abs. 4 auf Sachleistungen verwiesene Pflichtversicherte können besonders zu Aufwendungen für eine privatärztliche und Behandlung durch Heilpraktiker, kieferorthopädische Behandlung sowie Aufwendungen für eine Brille keine Beihilfe erhalten. <sup>2</sup>Dasselbe gilt, wenn anstelle einer ärztlich verordneten Brille Kontaktlinsen beschafft wurden, ohne dass eine der Indikationen nach Nr. 11.4.1 oder 11.4.2 der Anlage 3 zur HBeihVO vorliegt oder wenn Hilfsmittel beschafft werden, deren Aufwendungen die Vertragsätze der Krankenkasse (vgl. § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V) übersteigen.
5. <sup>1</sup>Mehrkosten nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V für Zahnfüllungen (z. B. für Keramik- und Goldinlays) anstelle der als Sachleistung bereitstehenden preisgünstigsten plastischen Füllung sind bei auf Sachleistungen Verwiesenen nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Die Mehrkosten sind der mit der Zahnärztin oder dem Zahnarzt vor Behandlungsbeginn zu treffenden schriftlichen Vereinbarung (vgl. § 28 Abs. 2 Satz 4 SGB V) entnehmbar. <sup>3</sup>Aufwendungen für Seitenzahnverblendungen sind auch bei auf Sachleistungen Verwiesenen beihilfefähig.

## **Zu § 5**

### **Zu Abs. 5**

- 1.1 <sup>1</sup>Rentenbezieher als versicherungspflichtige Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner sind nicht nach Abs. 5 berechtigt. <sup>2</sup>Angesichts des Pflichtversicherungsverhältnisses steht auch zu dem auf Versorgungsbezüge entfallenden, von den Rentenbezieher allein aufzubringenden Beitragsteil keine Beihilfe nach Abs. 5 zu.
- 1.2 Hinsichtlich des von Abs. 6 Nr. 3 erfassten Ehegatten sind weder dem Ehegatten gewährte Sachleistungen oder als Sachleistungen geltende Geldleistungen noch dessen Krankenversicherungsbeiträge zu berücksichtigen.
- 1.3 Sind beide Elternteile Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Familienhilfe (§ 10 SGB V) für ein berücksichtigungsfähiges Kind, steht zu den dem Kind gewährten Sachleistungen und den diesen gleichstehenden Kassenleistungen Beihilfe nach Abs. 5 zu, wenn Kassenleistungen für das Kind von der Krankenkasse erbracht wurden, bei welcher der eine Elternteil freiwillig ohne Gewährung eines Beitragszuschusses, ohne auf Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen entfallende Beitragsermäßigung als Dienstordnungsangestellte oder Dienstordnungsangestellter versichert ist.
2. <sup>1</sup>Bei als Sachleistung zur Verfügung gestellten Arzneimittel ist deren Geldwert nicht um den Apothekenrabatt zu kürzen. <sup>2</sup>Zum Nachweis des Geldwertes der Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie von als Sachleistung gewährten Hilfsmitteln sind nach Personen getrennte Bescheinigungen vorzulegen, die Namen und Geburtsdatum der Versicherten enthalten müssen. <sup>3</sup>Davon kann abgesehen werden, wenn die Krankenkasse den Geldwert dieser Mittel auch dann nach Personen getrennt bescheinigt, wenn die Leistungen der Apotheke usw. auf einem Vordruck aufgeführt sind.



- 3.1 <sup>1</sup>Abs. 5 erfasst unter Beachtung der VV Nr. 1.2 und der einschränkenden Voraussetzungen des Abs. 5 Satz 1 auch Versicherungsbeiträge für ein freiwilliges Krankenversicherungsverhältnis, die aufgrund eigener Verpflichtung (ohne Beitragszuschuss) von berücksichtigungsfähigen Angehörigen aufgebracht werden; dies gilt auch, wenn die oder der Beihilfeberechtigte selbst Abs. 5 nicht unterfällt. <sup>2</sup>Entsprechendes gilt für die aus dem freiwilligen Krankenversicherungsverhältnis zustehenden Sachleistungen und der als Sachleistung geltenden Geldleistungen.
- 3.2 <sup>1</sup>Der Summe der Versicherungsbeiträge der freiwillig gesetzlich versicherten Beihilfeberechtigten und der freiwillig gesetzlich versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen darf der gesamte Geldwert der von diesen Personen in Anspruch genommenen Sachleistungen und als Sachleistung geltenden Geldleistungen gegenübergestellt werden. <sup>2</sup>Dabei ist jedoch § 4 zu beachten.
- 3.3 <sup>1</sup>Zum Geldwert von Leistungen, die entstanden sind während eines Zeitraumes, in dem eine Person beitragsfrei krankenversichert war oder die Beiträge durch Dritte (z. B. Arbeitgeber) allein getragen wurden, steht keine Sachleistungsbeihilfe zu. <sup>2</sup>Beitragsrückgewähr und Beitragserstattungen gesetzlicher Krankenkassen sind bei der Beihilfegewährung zu berücksichtigen.
4. Sachleistungen sind auch Leistungen, die Versicherten in Einrichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden.
5. <sup>1</sup>Kostendeckende Zuschüsse oder Barleistungen der Krankenkasse gelten, ausgenommen in den Fällen des Abs. 6 Nr. 1 Satz 2 (vgl. Abs. 5 Satz 4), nicht als Sachleistungen. <sup>2</sup>Geldleistungen zu Arznei-, Verband- oder Heilmittel gelten nicht mehr als Sachleistungen, auch wenn sie als Pauschalerstattung gewährt werden. <sup>3</sup>Gesetzliche Zuzahlungen (Kostenanteile) machen Sachleistungen nicht zu Geldleistungen, vermindern aber den Geldwert von Sachleistungen. <sup>4</sup>Die von der Krankenkasse getragenen Festpreise für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel (§§ 35, 36 SGB V) sind Sachleistungen, sofern diese Mittel aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung beschafft wurden.
6. Bei kieferorthopädischen Behandlungen gilt auch die nach Abschluss der Behandlung erfolgte Erstattung der vom Versicherten getragenen Kosten (vgl. § 29 Abs. 3 SGB V) als Sachleistung.
7. Werden bei einer stationären Krankenhausbehandlung als Wahlleistungen privatärztliche Behandlung oder bessere Unterbringung in Anspruch genommen, gelten die allgemeinen Krankenhausleistungen (vgl. § 6 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 Buchst a) als Sachleistungen.
8. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zu Sehhilfen gelten als Sachleistungen
9. Auftragsleistungen gesetzlicher Krankenkassen im Sinne des Abs. 5 Satz 7 sind besonders die für Träger der Unfallversicherung nach § 189 SGB VII erbrachten Leistungen.

## **Zu § 5**

Zu Abs. 6 Nr. 1

1. <sup>1</sup>Nr. 1 erfasst Sachleistungen der Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung sowie sonstiger Leistungsträger (insbesondere ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln, die auf Kranken- oder Behandlungsschein, Rezept usw. gewährt werden, Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und dem Bundessozialhilfegesetz, sofern die letzteren nicht auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind). <sup>2</sup>Nicht erfasst werden Sachleistungen privater Krankenversicherungen. <sup>3</sup>Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung ist nach Abs. 3 Satz 1 auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen. <sup>4</sup>Vgl. auch VV Nr. 2 und 3 zu § 17 Abs. 10.
2. Sofern Festbeträge für Arznei- oder Verbandmittel festgelegt sind, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig.

## **Zu § 5**

Zu Abs. 6 Nr. 2

1. <sup>1</sup>Zuzahlungen ( Kostenanteile) nach § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5, § 41 Abs. 3, § 60 Abs. 2 SGB V, § 40 Abs. 3 SGB XI oder entsprechenden Regelungen sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. sozialen Pflegeversicherung keine Sachleistungen, sondern eine Geldleistung gewährt wird.
2. <sup>1</sup>Nach § 34 SGB V von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arzneimittel sind die in § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 5 Buchst. b bis d genannten Mittel. <sup>2</sup>Der Beihilfeausschluss betrifft alle gesetzlich Versicherten, auch freiwillig Versicherte.  
  
<sup>3</sup>Aufwendungen für andere als die nach § 34 SGB V von der Krankenversorgung ausgeschlossenen Arzneimittel sind bei freiwillig gesetzlich Versicherten sowie bei nicht auf Sachleistungen verwiesenen Pflichtversicherten im Rahmen der HBeihVO beihilfefähig. <sup>4</sup>Dies gilt auch, wenn die Arzneimittel aufgrund privatärztlichem oder Rezept eines Heilpraktikers beschafft wurden.

## **Zu § 5**

Zu Abs. 6 Nr. 3

1. <sup>1</sup>Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:
  - Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
  - Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
  - Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
  - Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
  - Einkünfte aus Kapitalvermögen,
  - Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
  - sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 des Einkommensteuergesetzes (EStG).  
<sup>2</sup>Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag (§ 24 a EStG) und den Abzug nach § 13 Abs. 3 EStG, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. <sup>3</sup>Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.
2. Erklären Beihilfeberechtigte in einem neuen oder handschriftlich aktualisierten Antragsvordruck, dass die Einkünfte des Ehegatten im vorletzten Kalenderjahr den steuerlichen Grundfreibetrag nach § 32 a Abs. 1 Nr. 1 EStG nicht übersteigen, ist ihrer Erklärung zu folgen, sofern keine begründeten Zweifel an der Richtigkeit der Erklärung bestehen.
3. <sup>1</sup>Haben berücksichtigungsfähige Ehegatten keine Einkünfte mehr oder haben sich ihre Einkünfte sehr verringert und erklären die Beihilfeberechtigten, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkunftsgrenze nach § 6 Nr. 3 nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden. <sup>2</sup>Den Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im letzten Kalenderjahr die Einkunftsgrenze überschritten haben. <sup>3</sup>Es ist die für das laufende Kalenderjahr geltende Einkunftsgrenze maßgebend.
- 4.3.1 Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.

## **Zu § 5**

Zu Abs. 6 Nr. 4

- <sup>1</sup>Soweit nach § 103 HBG ein Schadenersatzanspruch auf den Dienstherrn übergeht, ist die Beihilfe ohne Berücksichtigung des Schadenersatzanspruchs festzusetzen. <sup>2</sup>Die so festgesetzte Beihilfe hat der Dienstherr gegenüber dem Schädiger oder dessen Versicherung geltend zu machen.

<sup>3</sup>Nr. 4 erfasst deshalb nur Schadenersatzansprüche, die nicht in Höhe der gewährten Beihilfe auf den Dienstherrn übergehen. <sup>4</sup>Dies sind besonders Schadenersatzansprüche von beihilfeberechtigten Angestellten, Arbeitern und Auszubildenden und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

#### **Zu § 5**

Zu Abs. 6 Nr. 5

Neben einem Anspruch auf unentgeltliche Heilfürsorge oder truppenärztliche Versorgung besteht kein Beihilfeanspruch.

#### **Zu § 5**

Zu Abs. 6 Nr. 9

<sup>1</sup>Ist der Abschlag nicht nachgewiesen, sind neben dem tatsächlichen Erstattungsbetrag der Krankenkasse 15 vom Hundert dieses Betrages als fiktiver Abschlag anzusetzen.

<sup>2</sup>Beispiel:

Erstattungsbetrag 400 EURO, fiktiver Abschlag 60 EURO. <sup>3</sup>Es sind 460 EURO von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen.

#### **Zu § 6**

Zu Abs. 1

1. <sup>1</sup>Aufwendungen für Akupunktur sind nur bei Schmerzbehandlung beihilfefähig (Nr. 269, 269 a des Gebührenverzeichnisses der GOÄ). <sup>2</sup>Neben der Nadelstichtechnik kann auch die nach § 6 Abs. 2 GOÄ analog zu bewertende Moxibustions- und Laser-Akupunktur in Betracht kommen. <sup>3</sup>Die Elektroakupunktur nach Dr. Voll ist nach der VV Nr. 1.15 zu § 6 Abs. 2 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.
2. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:
  - 2.1 <sup>1</sup>Beihilfefähig sind Aufwendungen für die
    - homologe Insemination
    - homologe In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer bzw. Transfer der Gameten.

<sup>2</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation.
  - 2.2 Homologe Insemination

<sup>1</sup>Beihilfefähig sind Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens fünf Behandlungen. <sup>2</sup>Die Festsetzungsstelle kann bei einer entsprechenden ärztlichen Feststellung darüber hinaus die Aufwendungen für weitere drei Behandlungen als beihilfefähig anerkennen.
  - 2.3 In-vitro-Fertilisation

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen und für höchstens vier Behandlungen.
  - 2.4 Über die in Nr. 2.2 und 2.3 genannten Höchstgrenzen hinausgehende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.
3. <sup>1</sup>Legasthenie und Dyskalkulie sind keine Erkrankung im Sinne des Abs. 1. <sup>2</sup>Aufwendungen für eine derartige Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.

**Zu § 6**

Zu Abs. 1 Nr. 1

1. <sup>1</sup>Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. <sup>2</sup>Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.
2. <sup>1</sup>Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit und Dienstfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) der Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig. <sup>2</sup>Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten sowie der nach Nr. 002 des Gebührenverzeichnisses der GOZ berechneten Heil- und Kostenpläne beihilfefähig.
- 3.1 <sup>1</sup>Das Seitenzahngebiet (Nr. 7.1 und 7.2 der Anl. 2 zur HBeihVO) beginnt ab Zahn 4. <sup>2</sup>Für die Größe der Brücke ist die Anzahl der nebeneinander liegenden, durch Brückenglieder zu ersetzenden Zähne, maßgebend. <sup>3</sup>Überschreitet die zu ersetzende Lücke die jeweilige Obergrenze von 3 bzw. 4 Zähnen, sind die hierauf entfallenden Material- und Laborkosten (Mehrkosten) nicht beihilfefähig.

Beispiel:

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

B = Brückenglied (GOZ Nr. 507, je Einzelbrücke einmal berechenbar)

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

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

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

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

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

Es handelt sich beihilferechtlich um zwei Einzellücken, die die jeweils maßgebende Obergrenze von vier Zähnen nicht überschreiten. Die Aufwendungen sind beihilfefähig.

- 3.2 Der Beihilfeausschluss für Verbindungselemente nach Nr. 7.3 der Anl. 2 zur HBeihVO ist für nicht gesetzlich Versicherte vorerst nicht anzuwenden.
- 4.1 Zu dem Begriff „ununterbrochene“ Zugehörigkeit zum öffentlichen Dienst vgl. VV Nr. 2 und 3 zu § 2 Abs. 4 Nr. 3.
- 4.2 Behandlungsbeginn ist der Zeitpunkt der erstmaligen Behandlung oder Untersuchung mit dem Ziel der Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen (z. B. Zahnextraktion, Röntgenaufnahme, Abnahme eines Abdrucks, Beschleifen der Zähne), wobei ein enger zeitlicher Zusammenhang mit der nachfolgenden eigentlichen Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen bestehen muss.

- 4.3 Die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind durch eine dem § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ entsprechende Rechnung des Zahnarztes oder Dentallabors nachzuweisen; sie sind im Rahmen der Nr. 3 Anlage 2 zur HBeihVO beihilfefähig.
- 4.4 <sup>1</sup>Bei privat Zahnärztlicher Behandlung sind nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) berechnete zahntechnische Leistungen den Beihilfeberechtigten mit der Bitte zurückzugeben, sie von der Zahnärztin, dem Zahnarzt oder dem Labor auf die Werte nach dem für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL) umschreiben zu lassen, sofern der Festsetzungsstelle die Umrechnung nicht möglich ist. <sup>2</sup>Führt dies zu keinem Ergebnis, sind die berechneten Material- und Laborkosten um 25 vom Hundert zu kürzen. <sup>3</sup>Nicht zu kürzen sind dabei zahntechnische Leistungen, die erkennbar nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden (z. B. solche bei Inlayversorgungen, bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen sowie in der Regel bei implantologischen Leistungen). <sup>4</sup>Nr. 3 bleibt unberührt.
5. Voranerkennungsverfahren nach Nr. 2 und 3 der Anlage 1 zur HBeihVO
- 5.1 Die Festsetzungsstelle beauftragt eine Gutachterin oder einen Gutachter (vgl. Anlage 6) mit der Erstellung eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung sowie mit der Bewertung der Angaben der Ärztin oder des Arztes oder Psychologischen Psychotherapeutin oder –therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder –therapeuten (nachstehend Therapeutin oder Therapeut genannt) in den Formblättern nach Anlage 1 und 2.
- 5.1.1 <sup>1</sup>Zu diesem Zweck haben Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle das Formblatt nach Anlage 1 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vorzulegen. <sup>2</sup>Außerdem haben sie (oder die Patientin oder der Patient) die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu bitten, auf Formblatt nach Anlage 2 einen Bericht für die Gutachterin oder den Gutachter zu erstellen.
- 5.1.2 Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt nach Anlage 2 a den erforderlichen Konsiliarbericht einer Ärztin oder eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes) einholen.
- 5.1.3 Die Therapeutin oder der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt nach Anlage 2 und gegebenenfalls das Formblatt nach Anlage 2 a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin oder den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag der Beihilfeberechtigten (oder Patientinnen oder Patienten).
- 5.1.4 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit Formblatt nach Anlage 3 eine vertrauensärztliche Gutachterin oder einen vertrauensärztlichen Gutachter nach Anlage 6 mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt nach Anlage 4 und leitet diesen zugleich folgende Unterlagen zu:
- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet),
  - b) das ausgefüllte Formblatt nach Anlage 1 (als Ablichtung),
  - c) das Formblatt nach Anlage 4 in dreifacher Ausfertigung,
  - d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

- 5.1.5 <sup>1</sup>Die Gutachterin oder der Gutachter übermitteln ihre oder seine Stellungnahme nach Formblatt nach Anlage 4 („Psychotherapie-Gutachten“) – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. <sup>2</sup>Diese leitet eine Ausfertigung des „Psychotherapie-Gutachtens“ an die Therapeutin oder den Therapeuten weiter.
- 5.1.6 Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle den Beihilfeberechtigten (oder Patientinnen oder Patienten) einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt nach Anlage 5.
- 5.2 Wird gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch eingelegt oder Klage erhoben, kann die Festsetzungsstelle ein Obergutachten einholen.
- 5.2.1 Zu diesem Zweck haben Beihilfeberechtigte (oder Patientinnen oder Patienten) die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu bitten, den „Erstbericht“ an die Gutachterin oder den Gutachter auf Formblatt nach Anlage 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsstelle, der Gutachterin oder des Gutachters eingegangen werden sollte.
- 5.2.2 Die Therapeutin oder der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Obergutachterin oder den Obergutachter übermitteln und dabei auf den Auftrag oder das Ersuchen der Beihilfeberechtigten (oder Patientinnen oder Patienten) verweisen.
- 5.2.3 <sup>1</sup>Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle eine vertrauensärztliche Obergutachterin oder einen vertrauensärztlichen Obergutachter (vgl. Anlage 6) mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet diesen zugleich folgende Unterlagen zu:
- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Therapeutin oder des Therapeuten (ungeöffnet),
  - b) Ablichtung des Psychotherapie-Gutachtens,
  - c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- <sup>2</sup>Ist die die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachterin oder der Gutachter gleichzeitig Obergutachterin oder Obergutachter, ist eine andere Obergutachterin oder ein anderer Obergutachter einzuschalten.
- <sup>3</sup>Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters abgelehnt wurde, weil die Therapeutin oder der Therapeut die in den Nr. 2.4.1 bis 2.4.4 und 3.4.1 bis 3.4.3 der Anlage 1 zur HBeihVO aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.
- 5.2.4 Die Obergutachterin oder der Obergutachter übermittelt die Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle.
- 5.2.5 Auf Grundlage der (ober-)gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle den Beihilfeberechtigten einen (Widerspruchs-)Bescheid.
- 5.3 <sup>1</sup>Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nr. 2.3 und 3.3 der Anlage 1 zur HBeihVO) leitet die Festsetzungsstelle den von der Therapeutin oder dem Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt nach Anlage 2) mit einem Freiumschlag der Gutachterin oder dem Gutachter zu, die oder der das Erstgutachten erstellt hat. <sup>2</sup>Dabei ist das Formblatt nach Anlage 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. <sup>3</sup>Im Übrigen gelten die Nrn. 5.1.5 bis 5.2.5 entsprechend.

5.4 <sup>1</sup>Um eine Konzentration auf einzelne Gutachterinnen und Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur gutachterlichen Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachterinnen oder Gutachtern und Obergutachterinnen oder Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.

<sup>2</sup>Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 EURO und des Obergutachtens in Höhe von 82 Euro, zuzüglich der berechneten Mehrwertsteuer, trägt die Festsetzungsstelle; sie sind bei Titel 526 01 zu buchen.

5.5 <sup>1</sup>Die Festsetzungsstelle kann von dem beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten ergeben. <sup>2</sup>Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach der Anlage 1 zur HBeihVO.

## **Zu § 6**

Zu Abs. 1 Nr. 2

1. <sup>1</sup>Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers erneut beschafft werden, sind nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig. Verschreibungspflichtige Arzneimittel dürfen nicht zur wiederholten Beschaffung verordnet werden; Aufwendungen für eine wiederholte Beschaffung sind deshalb nicht beihilfefähig.

2. Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel sind nicht beihilfefähig. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z. B. D-Fluoretten, Vigantolekten) bei Säuglingen und Kleinkindern.

3. <sup>1</sup>Bei Mehrfachverordnungen (rep.) ist der Abzug für jede Beschaffung vorzunehmen. <sup>2</sup>Dasselbe gilt, wenn mehrere Originalpackungen desselben Mittels zum selben Zeitpunkt verordnet werden. <sup>3</sup>Die Kürzung hat unabhängig vom Bezugsweg des Mittels zu erfolgen.

4. Keine Kürzung nach Satz 1 erfolgt bei Harn- und Bluttteststreifen.

5. Die Beihilfefähigkeit von Arznei- und Verbandmitteln, die wegen Schwangerschaftsbeschwerden im Zusammenhang mit der Entbindung beschafft werden, ist von einer entsprechenden Kennzeichnung des Mittels in der ärztlichen Verordnung oder einer entsprechenden Erklärung der Schwangeren mit Angabe der Dauer der Schwangerschaft abhängig.

6. <sup>1</sup>Unter Versorgungsbezügen im Sinne des Abs. 1 Nr. 2 Satz 3 Buchst. b sind die ohne Berücksichtigung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften zu gewährenden Versorgungsbezüge nach § 2 Abs. 1 BeamtVG zu verstehen. <sup>2</sup>Die Kürzungen der Versorgungsbezüge nach § 19 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2, § 25 Abs. 1 und § 57 Abs. 1 BeamtVG sind zu beachten. <sup>3</sup>Steuerabzugsbeträge, Krankenversicherungsbeiträge usw. mindern nicht die Versorgungsbezüge. <sup>4</sup>Beitragszuschüsse des Rentenversicherungsträgers zum Krankenversicherungsbeitrag bleiben außer Ansatz.

<sup>5</sup>Die Beihilfeberechtigung muss des Rechtsverhältnisses als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger wegen bestehen. <sup>6</sup>Folglich ist bei einer Beihilfeberechtigung aufgrund eines Dienstverhältnisses, die diejenige als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger ausschließt (§ 4 Abs. 1 Nr. 1) oder einer nach § 4 Abs. 2 vorgesehenen Beihilfeberechtigung der Eigenanteil abzuziehen.

7. Keine Kürzung um 4,50 EURO je Arznei-, Verbandmittel und dgl. ist vorzunehmen, soweit die Kürzung für die in einem Kalendermonat beschafften Arznei- und Verbandmittel bei den Beihilfeberechtigten und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen 100 EURO im Kalendermonat übersteigt.

8. <sup>1</sup>Die Kürzung entfällt, wenn Arznei- und Verbandmittel an gesetzlich Versicherte als Sachleistung gegen Zuzahlung nach § 31 Abs. 2 SGB V abgegeben wurden. <sup>2</sup>Sie ist jedoch bei gesetzlich Versicherten vorzunehmen, die aufgrund eines privat(zahn-)ärztlichen oder Attestes eines Heilpraktikers Arznei-, Verbandmittel und dgl. beschafft haben, unabhängig davon, ob und in welchem Umfang sich die Krankenkasse an den Kosten beteiligt hat. <sup>3</sup>Sofern die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel nach § 5 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 voll als durch zustehende Leistungen gedeckt gelten, erübrigt sich eine Kürzung.
9. <sup>1</sup>Da bei nicht gesetzlich Versicherten eine rechtmäßige Anwendung des Abs. 1 Nr. 2 Satz 4 Buchst. b bis d nicht sichergestellt werden kann, ist bei diesem Personenkreis die Regelung weiterhin nicht anzuwenden. <sup>2</sup>Nr. 1.3 des Rundschreibens des Ministeriums des Innern vom 26. Juli 1990 (StAnz. S. 1599) wird aufgehoben.
10. <sup>1</sup>Zu den Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, gehören z. B. Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer (z. B. Fachinger, Heppinger, St. Margareten Heilwasser), medizinische Körperpflegemittel und dergleichen.
- <sup>2</sup>In Ausnahmefällen kommt sog. vollbilanzierten Formeldiäten bzw. modifizierten Formeldiäten Arzneimittelcharakter zu. <sup>3</sup>Aufwendungen hierfür sind beihilfefähig, wenn die Formeldiät aufgrund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig ist bei
- Ahornsirupkrankheit,
  - Colitis ulcerosa,
  - Kurzdarmsyndrom,
  - Morbus Crohn,
  - Mukoviszidose (bei erheblichem Untergewicht),
  - Phenylketonurie,
  - erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom),
  - Tumortherapien (auch nach der Behandlung),
  - postoperative Nachsorge.
- <sup>4</sup>Die Aufwendungen nach Satz 3 sind beihilfefähig, soweit sie monatlich 100 EURO übersteigen. <sup>5</sup>Die Aufwendungen sind voll beihilfefähig, wenn es sich wie im Falle der Phenylketonurie um Mittel (z. B. PAM, PKU) handelt, die zusätzlich zu Lebensmitteln eingenommen werden müssen, um einen aufgrund einer besonderen Diät ernährung eintretenden Mangel auszugleichen, der sonst zu einer Gesundheitsschädigung führen würde.
11. <sup>1</sup>Bei ärztliche verordneten empfangnisregelnden Mittel sind die ärztliche Gebühr (im Rahmen des § 5 Abs. 1), nicht aber die Aufwendungen für die Mittel selbst beihilfefähig. <sup>2</sup>Die letzteren sind beihilfefähig, wenn sie als Heilmittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet werden.

## **Zu § 6**

### **Zu Abs. 1 Nr. 3**

- 1.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für Heilbehandlungen sind grundsätzlich nur beihilfefähig, wenn sie von Angehörigen von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen mit staatlicher Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes innerhalb ihres Berufs erbracht werden (z. B. Krankengymnasten, Logopäden, Masseur oder Masseurin und medizinische Bademeister, Podologen, Physiotherapeuten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten). <sup>2</sup>Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden. <sup>3</sup>Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmt sich ausschließlich nach der Anlage 1 zur HBeihVO.



1.2 Bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich anerkannte Sprachtherapeuten oder staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen im Rahmen des Abschnitts VIII des Verzeichnisses der Höchstsätze für physikalisch-medizinische Leistungen in der VV Nr. 3 als beihilfefähig anerkannt werden.

1.3 <sup>1</sup>Aufwendungen für Behandlungen nach der medizinischen Trainingstherapie sind beihilfefähig, sofern sie nach fachärztlicher Bestätigung als Krankenbehandlung (nicht zur Prävention) eingesetzt wird. <sup>2</sup>Als Indikationen kommen in Betracht: Bandscheibenleiden, Wirbelsäulenerkrankungen, Zustand nach Unfall- oder Gelenkoperationen (einschließlich Band- und Sehnenrupturen), chronische Erkrankungen der peripheren Gelenke, spinale Engen. <sup>3</sup>Die Therapie muss von einem Arzt durchgeführt werden oder unter seiner fachlichen Aufsicht beziehungsweise Weisung erfolgen.

<sup>4</sup>Als beihilfefähig können einmalig 18 Therapiesitzungen anerkannt werden. Nach Abschluss der Behandlung ist eine weitere Behandlungseinheit nur beim Vorliegen einer neuen (bisher nicht vorhandenen) Indikation beihilfefähig.

<sup>5</sup>Berechenbar sind:

Nr. 842 GOÄ (analog)	für die Eingangs- und eine Kontrolluntersuchung (je einmal je Behandlungsfall)
Nr. 846 GOÄ (analog)	je Sitzung der Medizinischen Trainingstherapie
Nr. 558 GOÄ (analog)	zuzüglich für zusätzliches Gerätesequenztraining (je Sitzung)
Nr. 506 GOÄ	zuzüglich für begleitende krankengymnastische Übungen

Nr. 846 GOÄ (analog), Nr. 558 GOÄ (analog) und Nr. 506 GOÄ sind je Sitzung nur einmal berechenbar.

2.1 <sup>1</sup>Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für die in der VV Nr. 3 genannten Heilbehandlungen. <sup>2</sup>Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilbehandlungen, die weder in der VV Nr. 3 aufgeführt sind noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern und für Sport.

2.2 Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Nr. 14 des Leistungsverzeichnisses nach der VV Nr. 3 – sind beim Vorliegen folgender Voraussetzungen beihilfefähig:

2.2.1 Erweiterte ambulante Physiotherapie

Leistungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie werden nur aufgrund einer Verordnung von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen „Orthopädie“, „Neurologie“, „Chirurgie“ und „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ und nur beim Vorliegen eines vom Facharzt erstellten Behandlungsplans und folgenden Indikationen anerkannt:

2.2.1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

- frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und/oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
- nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
- instabilen Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und/oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik
- lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose >50° nach Cobb

2.2.1.2 Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen
- Osteomien der großen Röhrenknochen

- 2.2.1.3 prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit
- Schulterprothesen
  - Knieendprothesen
  - Hüftendprothesen
- 2.2.1.4 operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)
- Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband)
  - Achillessehnenrupturen und -abriss
  - Schultergelenkläsionen, insbesondere nach operativ versorgter Bankard-Läsion, Rotatorenmanschettenruptur, schwere Schultersteife (frozen shoulder), Impingement-Syndrom, Schultergelenkluxation, tendinosis calcarea, periathritis humero-scapularis (PHS)
- 2.2.1.5 Amputationen
- 2.2.2 <sup>1</sup>Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. <sup>2</sup>Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärzte reicht nicht aus.
- <sup>3</sup>Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
- 2.2.3 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
- krankengymnastische Einzeltherapie
  - physikalische Therapie nach Bedarf
  - medizinisches Aufbautraining
- und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:
- Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
  - Isokinetik
  - Unterwassermassage.
- 2.2.4 Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.
- 2.2.5 Die in Nr. 2.2.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nr. 14 des Leistungsverzeichnisses nach VV Nr. 3 abgegolten.
3. Für Heilbehandlungen durch Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen oder -therapeuten, Ergotherapeutinnen oder -therapeuten, Physiotherapeutinnen oder -therapeuten, Krankengymnastinnen oder -gymnasten, Logopädinnen oder Logopäden, Masseurinnen oder Masseur, Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen oder Masseur und medizinische Bademeister werden für die Angemessenheit der Aufwendungen folgende Höchstbeträge festgelegt:

Lfd.Nr.	Leistungen	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
<b>I. Inhalationen <sup>1)</sup></b>		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70

2	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung -, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>		
4	Krankengymnastische Behandlung <sup>2)</sup> (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage -	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung <sup>2), 3)</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage -, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörung	34,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 - 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik in der Gruppe <sup>4)</sup> bei zerebralen Dysfunktionen (2 - 4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mucoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 - 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen <sup>2)</sup>	7,70
11	a) Krankengymnastik/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen <sup>2), 6)</sup> , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik <sup>7)</sup> - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,40
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie unter den Voraussetzungen der VV Nr. 2.2 <sup>10), 11)</sup> , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
15	Gerätegestützte Krankengymnastik je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00

16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionsstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
<b>III. Massagen</b>		
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassagen) <sup>2)</sup>	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder <sup>7)</sup>	
	– Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	– Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	– Kompressionsbandagierung einer Extremität <sup>8)</sup>	8,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10
<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>		
21	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30
22	a) Warmpackungen eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
	– bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	– bei Anwendung verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	Teilpackung	20,50
	Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung)	
	– Anwendung von Lehm, Quark o. ä.	7,70
	– bei Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkomresse	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30

	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	20,00
25	a) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
	b) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
26	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	39,90
28	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
29	Sole-Photo-Therapie	
	Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Photo-Therapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A / UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	21,00
	d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	e) Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	3,10

Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt sowie in § 6 Abs. 1  
Nr. 3 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig.

Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter Nr. 30 a bis c und 31 b angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 EUR. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nr. 30 d beihilfefähig.

#### **V. Kälte- und Wärmebehandlung**

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

#### **VI. Elektrotherapie**

35	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diodynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39	Iontophorese	6,20
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,00

#### **VII. Lichttherapie**

42	Behandlung mit Ultraviolettlicht <sup>9)</sup>	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43	a) Reizbehandlung <sup>9)</sup> eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung <sup>9)</sup> mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

#### **VIII. Logopädie**

46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung- und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
----	---	-------

	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung - einschließlich Auswertung -, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal pro Behandlungsfall	49,60
	c) Ausführlicher Bericht	11,80
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestdauer 60 Minuten	52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung der Patientin oder des Patienten und ggf. der Eltern, Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
<b>IX.</b>	<b>Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>	
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch - einschließlich Beratung und Behandlungsplanung -, einmal je Behandlungsfall	31,70
50	Einzelbehandlung bei	
	a) motorischen Störungen, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
	b) sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestdauer 45 Minuten	41,50
	c) psychischen Störungen, Mindestdauer 60 Minuten	54,80
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70
<b>X.</b>	<b>Sonstiges</b>	
53	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
54	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) in Höhe von 0,30 EUR je Kilometer bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder in Höhe der niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
	Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind Nr. 53 und 54 nur anteilig je Patient ansetzbar.	
<b>XI.</b>	<b>Podologische Therapie</b>	
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05

58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
59	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
60	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
61	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
62	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 7 abrechenbar); je Person	3,50

Anwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Erläuterungen:

- 1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
- 2) – nicht besetzt –
- 3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
- 4) Darf nur nach einem geschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
- 5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
- 6) Darf nur nach einer besonderen Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
- 7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.
- 8) Das notwendige Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.
- 9) Die Leistungen der lfd. Nr. 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
- 10) Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden.
- 11) Die Leistungen der Nr. 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.



4. <sup>1</sup>Die Einbindung in einen der Erfüllung der Schulpflicht dienenden Unterricht geschieht vor allem in Sonderschulen. <sup>2</sup>Zu den Maßnahmen, die berufsbildende oder allgemein bildende Zwecke verfolgen, gehört jeder andere Unterricht an Schulen sowie jede sonstige Ausbildungsmaßnahme. <sup>3</sup>Derartige berufsbildende oder allgemein bildende Zwecke werden dann in erheblichem Umfang verfolgt, wenn diese zwar nicht überwiegend oder mindestens in gleichem Umfang verfolgt werden, aber der Maßnahme das Gepräge geben. <sup>4</sup>Eine Heilbehandlung ist auch dann in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden, wenn sie außerhalb der Unterrichtsstunden begleitend oder ergänzend durchgeführt wird. <sup>5</sup>Dies ergibt sich aus dem engen Zusammenhang zwischen Behinderung, Erfüllung der Schulpflicht und Heilbehandlung. <sup>6</sup>Sofern die Voraussetzungen der Nr. 3 Satz 3 vorliegen, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nicht beihilfefähig; Aufwendungen für Heilbehandlungen sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung nicht durch die Behinderteneinrichtung erfolgt und der letzteren gesondert berechnet wird.
5. <sup>1</sup>Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind die Aufwendungen für Heilbehandlungen nur beihilfefähig, sofern sie durch einen in der VV Nr. 1 Satz 1 genannten Behandler durchgeführt werden. <sup>2</sup>Dabei gilt Folgendes:
  - 5.1 <sup>1</sup>Art und Umfang der durchgeführten Heilbehandlung sind nachzuweisen. <sup>2</sup>Diese Aufwendungen sind im Rahmen der in der VV Nr. 3 genannten Höchstbeträge beihilfefähig. <sup>3</sup>Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.
  - 5.2 Wird bei einer teilstationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 EURO beihilfefähig; Platzfreihaltegebühren sind damit nicht beihilfefähig.
  - 5.3 <sup>1</sup>Wird bei einer vollstationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Unterkunft, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 EURO beihilfefähig.
  - 5.4 Einrichtungen, die der Betreuung und Behandlung Kranker und Behinderter dienen, können z. B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten und –wohnheime sein.

## **Zu § 6**

Zu Abs. 1 Nr. 6

1. <sup>1</sup>Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen, wenn also das Krankenhaus nur Ein- und Zweibettzimmer hat. <sup>2</sup>Dies gilt sinngemäß für Krankenhäuser, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden. <sup>3</sup>Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesondert berechnete Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 vom Hundert dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 16 EURO täglich beihilfefähig.
2. <sup>1</sup>Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die aufgrund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt. <sup>2</sup>Dies gilt nicht, wenn ein solches Zimmer für den Patienten nicht verfügbar ist.
3. <sup>1</sup>Die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ist durch den Pflegesatz nach der Bundespflegesatzverordnung abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig.

<sup>2</sup>Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. <sup>3</sup>Abweichend hiervon können Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 26 EURO täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

4. <sup>1</sup>Andere Krankenhäuser im Sinne des Abs. 1 Nr. 6 Satz 2 sind solche, welche die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 in Verbindung mit § 108 SGB V erfüllen. <sup>2</sup>Auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Sinne von § 107 Abs. 2 SGB V findet (vorbehaltlich VV Nr. 8) § 7 Anwendung.
5. <sup>1</sup>Die nach § 14 Abs. 6 BPfIV neben Fallpauschalen berechenbaren Sonderentgelte, teilstationären Pflegesätze für Dialysepatienten und Zuschläge sind beihilfefähig. <sup>2</sup>Dies gilt auch für den Investitionszuschlag nach § 14 Abs. 8 BPfIV. Beihilfefähig ist auch der Zuschlag (DRG-Systemzuschlag), der von Krankenhäusern nach dem Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung vom 27. April 2001 (BGBl. I S. 772) berechnet wird.
6. Aufwendungen für eine nach § 22 BPfIV in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ am Verlegungs- oder Entlassungstag sind im Rahmen des Abs. 1 Nr. 6 beihilfefähig.
7. Gesondert in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 23 BPfIV sind neben den wahlärztlichen Leistungen nach § 22 BPfIV beihilfefähig.

## **Zu § 6**

Zu Abs. 1 Nr. 7

1. <sup>1</sup>Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend folgender Leistungen bedürfen:
  - a) Grundpflege; dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme,
  - b) hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen),
  - c) Behandlungspflege (z. B. Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen).

<sup>2</sup>Die ärztliche Bescheinigung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.
- 2.1 <sup>1</sup>Bei einer häuslichen Pflege durch eine Berufspflegekraft sind die Aufwendungen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger beihilfefähig. <sup>2</sup>Bis zur vorstehenden Höhe sind auch die Aufwendungen für eine vom Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.
- 2.2 <sup>1</sup>Durchschnittliche Kosten einer Krankenpflegekraft sind die monatliche feste Vergütung einer Krankenpflegekraft in der Verg.Gr. Kr. V der Anl. 1 b zum BAT (Endstufe der Grundvergütung, Ortszuschlag nach Tarifklasse II Stufe 2, Allgemeine Zulage, Pflegezulage, anteilige Zuwendung sowie anteiliges Urlaubsgeld, zuzüglich der Arbeitgeberanteile); das Ministerium des Innern und für Sport gibt den jeweiligen Höchstsatz bekannt. <sup>2</sup>Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt werden. <sup>3</sup>Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern.
3. Neben Abs. 1 Nr. 7 Satz 1 können keine Beihilfen nach § 9 gewährt werden.

4. <sup>1</sup>Bei einer vorübergehenden Pflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der Pflegekostenzuschlag beihilfefähig. <sup>2</sup>Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig. <sup>3</sup>Die Sätze 1 und 2 gelten auch hinsichtlich der Pflegekosten bei vorübergehender Pflege nicht dauernd Pflegebedürftiger in besonderen Pflegeeinrichtungen. <sup>4</sup>Nr. 7 Satz 4 ist zu beachten.

#### **Zu § 6**

Zu Abs. 1 Nr. 8

1. <sup>1</sup>Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. <sup>2</sup>Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson eines stationär untergebrachten Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. <sup>3</sup>Dies gilt auch in dem in der VV Nr. 3 Satz 3 zu Abs. 1 Nr. 6 geregelten Fall. <sup>4</sup>Eine nur geringfügige Erwerbstätigkeit liegt vor, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt.
2. Ein besonderer Fall im Sinne von Satz 3 liegt nur vor, wenn Erkrankte nach stationärer Unterbringung die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht – auch nicht teilweise – wieder übernehmen können.
3. <sup>1</sup>Als Alleinerziehende gelten Mütter oder Väter, die mit ihrem berücksichtigungsfähigen Kind, für das ihnen die Personensorge übertragen ist, in einem Haushalt leben. <sup>2</sup>Als Alleinerziehende gelten nicht Personen, die mit einer Partnerin oder einem Partner in Gemeinschaft leben.

#### **Zu § 6**

Zu Abs. 1 Nr. 9

1. Bestehen Zweifel an der Unvermeidbarkeit höherer Beförderungskosten, ist die medizinische Notwendigkeit der anderweitigen Beförderung durch eine auf die konkreten Umstände im Einzelfall bezogene Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes nachzuweisen.
2. <sup>1</sup>Als Ort der Behandlung im Sinne des Abs. 1 Nr. 9 kommt nicht nur der Wohnort, sondern auch ein vorübergehender Aufenthaltsort in Betracht. <sup>2</sup>Aufenthaltsort ist dabei der Ort der Krankenbehandlung, z. B. der Urlaubsort, der Kurort, der Ort des Sanatoriums usw. Wohn- und Aufenthaltsort bestimmen sich jeweils nach der Grenze der politischen Gemeinde. <sup>3</sup>Die Fahrkosten am Wohn- oder Aufenthaltsort sind bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs in der in Abs. 1 Nr. 9 Satz 4 bezeichneten Höhe beihilfefähig, wenn sonst die Benutzung eines Krankenwagens, eines anderen speziellen Fahrzeugs oder eines Taxis unumgänglich geworden wäre.
3. <sup>1</sup>Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Abweichend hiervon können Aufwendungen für Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus oder Sanatorium aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.
4. Bei aus Anlass einer ambulanten oder teilstationären Chemo- oder Strahlentherapie entstehenden Beförderungskosten ist der Eigenanteil (Abs. 1 Nr. 9 Satz 5) nur für die jeweils erste und letzte Fahrt zu berücksichtigen.

5. Eigenanteile der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen an Beförderungskosten (Abs. 1 Nr. 9 Satz 5) sind insoweit beihilfefähig, als sie für den Beihilfeberechtigten und die berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammengenommen 100 EURO im Kalendermonat ihrer Entstehung übersteigen.

#### **Zu § 6**

Zu Abs. 1 Nr. 11

<sup>1</sup>Mit der nach Maßgabe des Transplantationsgesetzes (TPG) vom 5.11.1997 (BGBl. I S. 2631) erfolgenden Organisation der Organentnahmen und deren Vermittlung ist die Deutsche Stiftung Organtransplantation als Koordinierungsstelle beauftragt. <sup>2</sup>Die Finanzierung der Organbeschaffung bei postmortalen Organspende erfolgt in Form einer Organisations- und ggf. einer Flugtransportkostenpauschale. <sup>3</sup>Sie wird von privat krankenversicherten Organempfängern in gleicher Höhe erhoben, wie sie für gesetzlich Versicherte berechnet wird. <sup>4</sup>Diese Pauschalen sind beihilfefähig. <sup>5</sup>Die aktuellen Pauschalen werden im Staatsanzeiger veröffentlicht (zuletzt StAnz. 2004 S. 2256).

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

#### **Zu § 6**

Zu Abs. 2

1. <sup>1</sup>Die nachstehenden Methoden sind als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt anzusehen, so dass deren Beihilfefähigkeit unter Berücksichtigung der dort genannten Ausnahmen ausgeschlossen ist:

1.1 Frischzellentherapie

1.2 Trockenzellentherapie

1.3 Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur, ausgenommen Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z. B. mit Aludrin

1.4 Bogomoletz-Serum

1.5 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)

1.6 Elektro-Neural-Behandlung nach Dr. Croon und Elektro-Neural-Diagnostik

1.7 Vibrationsmassage des Kreuzbeins

1.8 Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität

1.9 Vaduril-Injektionen gegen Parodontose

1.10 Höhenflüge zur Keuchhusten- oder Asthmabehandlung

1.11 Klimakammerbehandlung

Soweit in Einzelfällen alle anderen üblichen Heilmethoden ohne Erfolg angewandt worden sind, können ausnahmsweise Beihilfen zu Aufwendungen für Klimakammerbehandlungen gewährt werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Festsetzungsstelle aufgrund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

1.12 Therapie mit Regeneresen

- 1.13 Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- 1.14 Gasinsufflationen
- Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- 1.15 Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (z. B. Bioresonanztherapie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, BFD-Medikamententest, Decoderdermographie, Mora-Therapie)
- 1.16 Behandlungen mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
- 1.17 Bruchheilung ohne Operation
- 1.18 Magnetfeldtherapie
- Die Therapie mit Magnetfeldern ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophen Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.
- 1.19 Brechkraftändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Professor Barraquer
- 1.20 Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)
- Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea (Kalkschulter), des Epicondylitis humeri radialis (Tennisellenbogen), der Fasziiitis plantaris (Fersensporn) oder der Pseudoarthrosen (nicht heilende Knochenbrüche). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nr. 1800 GOÄ bis zum 3,5-fachen Satz beihilfefähig.
- 1.21 Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
- Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie und mit Perzeptionsstörungen des Innenohrs verbundenen Tinnitusleiden.
- 1.22 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) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nr. 4 bis 6 der VV Nr. 3 zu Abs. 1 Nr. 3 zugeordnet.
- 1.23 Chelat-Infusionstherapie
- 1.24 Rolfing-Behandlungen
- 1.25 Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- 1.26 Psycotron-Therapie
- 1.27 Pulsierende Signaltherapie (PST);  
auch in Form der Kernspinresonanztherapie oder MultiBioSignalTherapie (MBST)
- 1.28 Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen

- 1.29 Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie
- 1.30 Thermoregulationsdiagnostik
- 1.31 Behandlung mit Kariesdetektor
- 1.32 Immunsereen (Serocytol-Präparate)
- 1.33 Kombinierte Serumtherapie (z. B. Wiedemann-Kur)
- 1.34 Autohomologe Immuntherapien (z. B. ACTI-Cell)
- 1.35 Immuno-augmentative Therapie (IAT)
- 1.36 Pyramidenenergiebestrahlung
- 1.37 Bioresonatorentests
- 1.38 Cytotoxologische Lebensmitteltests
- 1.39 Modifizierte Eigenblutbehandlungen (z. B. nach Garthe) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)
- 1.40 Therapie mit Thymus-Präparaten  

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.
- 1.41 Osmotische Entwässerungstherapie
- 1.42 Biophotonen-Therapie
- 1.43 Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung  

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.
- 1.44 Kinesiologische Behandlung
- 1.45 Prostata-Hyperthermie-Behandlung  

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.
- 1.46 Ozontherapie
- 1.47 Schwingfeld-Therapie
- 1.48 Neurotopische Diagnostik und Therapie
- 1.49 ATC-Therapie (Autologe-Target-Cytokine) nach Dr. Klehr
- 1.50 Ayurvedische Behandlungen, z. B. nach Maharishi
- 1.51 Kirlian-Fotografie
- 1.52 Zellmilieu-Therapie
- 1.53 Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z. B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung von Migräne)

- 1.54 Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall
- 1.55 Heileurhythmie
- 1.56 Wirbeltherapie nach Dorn

<sup>2</sup>Im Hinblick auf die Grundsätze der Notwendigkeit und Angemessenheit kann auch bei anderen als den vorstehend aufgeführten Behandlungsmethoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen zu verneinen sein.

- 2. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.

#### **Zu § 7**

##### Zu Abs. 1

- 1. Auch bei einer anerkannten Sanatoriumsbehandlung gelten für die in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Heilbehandlungen die in den VV hierzu festgesetzten Höchstbeträge.
- 2. <sup>1</sup>Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine Sanatoriumsbehandlung bis zu drei Wochen beihilfefähig. <sup>2</sup>Ergibt sich im Verlauf der Sanatoriumsbehandlung, dass über den von der Festsetzungsstelle als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der Sanatoriumsbehandlung durch die Festsetzungsstelle auch aufgrund eines fachärztlichen Gutachtens des im Sanatorium behandelnden Arztes erfolgen.
- 3. <sup>1</sup>Die behördliche Feststellung der Notwendigkeit einer Begleitperson bei schwerbehinderten Menschen ergibt sich aus dem amtlichen Ausweis (Merkzeichen „B“ und „BL“). <sup>2</sup>Bei Kindern genügt stattdessen die amts- oder vertrauensärztliche Feststellung, dass wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung zu stationären Nachsorge eine Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig ist.
- 4. <sup>1</sup>Nach Abs. 1 Nr. 6 sind die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts beihilfefähig. <sup>2</sup>Der Schlussbericht soll bestätigen, dass eine Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. <sup>3</sup>Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

#### **Zu § 7**

##### Zu Abs. 2

- 1. Als andere Behandlungsformen, die eine Sanatoriumsbehandlung mit gleichem Erfolg ersetzen können, kommen besonders die ambulante Behandlung am Wohnort und dessen Umgebung sowie eine Heilkur in Betracht.
- 2. Im Falle der nachträglichen Anerkennung einer Sanatoriumsbehandlung bei sofortiger Einlieferung von Kranken kann auf ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten verzichtet werden, wenn die einweisende Ärztin, der einweisende Arzt oder die ärztliche Leitung des Sanatoriums die Behandlungsbedürftigkeit im Sanatorium schriftlich bestätigt.
- 3. Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Sanatoriumsbehandlung nicht anerkannt worden, sind nur die Aufwendungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 beihilfefähig.

#### **Zu § 7**

##### Zu Abs. 3

Bei der Anwendung des Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 muss eine wiederholte Behandlung in einem Sanatorium zur Nachsorge der schweren Erkrankung erforderlich sein, die den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Sanatorium notwendig gemacht hatte; auf einen engen zeitlichen Zusammenhang kommt es nicht an.

## **Zu § 7**

Zu Abs. 4

<sup>1</sup>Ein unmittelbarer zeitlicher Anschluss nach Abs. 4 Satz 2 liegt vor, wenn die Anschlussrehabilitation hinsichtlich derselben Erkrankung innerhalb von 14 Tagen nach Ende der Krankenhausbehandlung beginnt. <sup>2</sup>Liegen besondere medizinische Gründe (z. B. zwischenzeitliche Strahlen- oder Chemotherapie, notwendige Stabilisierung oder Erholung nach der Krankenhausbehandlung) oder anderer zwingender Gründe (z. B. Fehlens eines Platzes in einer in Betracht kommenden Rehabilitationseinrichtung) vor, kann diese Frist überschritten werden. <sup>3</sup>Mit der Gleichstellung mit einer Krankenhausbehandlung entfällt auch die Notwendigkeit der Voranerkennung nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 2.

## **Zu § 8**

1. Entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer als Empfänger von Emeritenbezügen gehören nicht zum Personenkreis des Abs. 1.
2. Der pauschale Höchstbetrag von 16 EURO (bzw. 13 EURO für die Begleitperson) täglich berücksichtigt die häusliche Ersparnis.
3. Wird nachgewiesen, dass die Aufwendungen für die Unterkunft mindestens 6/10 der in Abs. 2 Nr. 2 genannten Höchstbeträge betragen haben, brauchen über die Verpflegungskosten keine Belege vorgelegt zu werden.
4. <sup>1</sup>Als Beihilfeberechtigung (Abs. 4 Nr. 1) zählt auch diejenige nach § 85 a Abs. 7 HBG, § 5 Abs. 1 EitZVO sowie aufgrund einer Beurlaubung nach § 2 Abs. 2 Satz 4. <sup>2</sup>Die Zugehörigkeit zum öffentlichen Dienst wird auch nicht unterbrochen durch eine von der obersten Dienstbehörde anerkannte Beurlaubung, die öffentlichen Belangen dient (§ 31 Abs. 2 BBesG).
5. <sup>1</sup>Dienstbeschädigung (Abs. 4 Nr. 4) ist jede Krankheit, Verwundung oder sonstige Beschädigung, die sich Beihilfeberechtigte bei Ausübung oder aus Veranlassung des Dienstes zugezogen haben. <sup>2</sup>Eine Verletzung durch Dienst- oder Arbeitsunfall ist keine Dienstbeschädigung; in diesem Fall besteht Anspruch auf Unfallfürsorge nach den Vorschriften des Beamtenversorgungsgesetzes bzw. des Siebten Buches Sozialgesetzbuch.
6. Im Übrigen gelten die VV zu § 7 entsprechend.

## **Zu § 9**

1. <sup>1</sup>Erfolgt die Pflege nicht den gesamten Kalendermonat, sind die Pauschalbeihilfe nach Abs. 4 und der Selbstbehalt nach Abs. 7 Satz 2 entsprechend zu mindern. <sup>2</sup>Dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.
2. Die nach § 28 Abs. 2 SGB XI mit der Hälfte ihres Wertes zustehenden Sachleistungen gelten als Sachleistungen im Sinne des § 5 Abs. 4 und 6 Satz 1.
3. Der Beihilfeausschluss nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 Satz 2 führt zu keiner Berücksichtigungsfähigkeit beim beihilfeberechtigten Ehegatten oder den Eltern.

## **Zu § 9**

Zu Abs. 1

1. <sup>1</sup>Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und vollstationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. VV Nr. 2 und 3 zu Abs. 2). <sup>2</sup>Die Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 beihilfefähig.



- 2.1 <sup>1</sup>Beihilfen und Aufwendungen für die Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können gewährt werden, wenn die Pflegeversicherung anteilige Zuschüsse für die Maßnahmen gewährt hat. <sup>2</sup>Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. <sup>3</sup>Bei Personen nach § 28 Abs. 2 SGB XI ist entsprechend Abs. 6 Satz 1 zu verfahren. Abs. 3 Satz 2 findet keine Anwendung.
- 2.2 Die Umgestaltung der Wohnung ist insgesamt eine Maßnahme nach Satz 1.
3. <sup>1</sup>Aufwendungen für Pflegehilfsmittel (einschließlich derjenigen zur Erleichterung der Pflege oder der selbständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen) sind beihilfefähig, wenn das Mittel im Pflegehilfsmittelverzeichnis der sozialen Pflegeversicherung aufgeführt ist. <sup>2</sup>Sofern die Pflegeversicherung Leistungen zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel erbringt, ist von der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auszugehen; die Pflegehilfsmittel gelten als ärztlich verordnet. <sup>3</sup>Für Personen mit Anspruch nach § 28 Abs. 2 SGB XI gilt Abs. 6 entsprechend. <sup>4</sup>Abs. 3 Satz 2 findet keine Anwendung.
- 4.1 <sup>1</sup>Personen, die nicht erwerbsmäßig Pflegebedürftige im Sinne des Abs. 2 wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, sind grundsätzlich versicherungspflichtig in der Rentenversicherung; ferner genießen sie Unfallversicherungsschutz. <sup>2</sup>Zur Durchführung der Renten- und Unfallversicherung wird auf das Rundschreiben des Ministeriums des Innern und für Landwirtschaft, Forsten und Naturschutz vom 18. Juli 1995 (StAnz. S. 2358) verwiesen.
- 4.2 Rentenversicherungsbeiträge sind vom 15. Juni 1996 an von der Festsetzungsstelle auch bei häuslicher Krankenpflege (besonders nach § 37 SGB V), bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen abzuführen.

## **Zu § 9**

Zu Abs. 2

1. Krankheiten oder Behinderungen sind
  - Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
  - Funktionsstörungen der inneren Organe oder Sinnesorgane,
  - Störungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
2. Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
3. <sup>1</sup>Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
  - im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
  - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
  - im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
  - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

<sup>2</sup>Ein alleiniger Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung reicht nicht.

<sup>3</sup>Aufwendungen für eine berufliche oder soziale Eingliederung oder zur Förderung der Kommunikation sind nicht beihilfefähig.

4. Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf im Vergleich zu einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
5. <sup>1</sup>Die Beschäftigung und Betreuung z. B. in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 9. <sup>2</sup>Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für Behinderte sind deshalb nicht beihilfefähig. <sup>3</sup>Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrkosten).

## **Zu § 9**

Zu Abs. 3

- 1.1 <sup>1</sup>Geeignete erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte sind Personen, die
  - bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegediensten) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1, § 72 SGB XI) oder
  - von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
  - von der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI).

<sup>2</sup>Geeignete erwerbsmäßig tätige Pflegekräfte sind auch Einzelpersonen, wenn sie die Anforderungen der Pflegedienste erfüllen, auch wenn sie nicht in einem Anstellungsverhältnis nach Satz 1 stehen (vgl. § 77 SGB XI). <sup>3</sup>Dies gilt nicht für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte.
- 1.2 Bei der Zuordnung zu den Pflegestufen sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale zur Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien) zu beachten.
2. <sup>1</sup>Aufwendungen für die häusliche Pflege können nur in Höhe der Beträge als angemessen (§ 5 Abs. 1) angesehen werden, die aufgrund des § 89 SGB XI zwischen den Trägern der Pflegedienste und den Leistungsträgern vereinbart wurden; dabei ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig. <sup>2</sup>Sie dürfen auch in Härtefällen die durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Abs. 3 Satz 2) nicht übersteigen. <sup>3</sup>Pflegekosten sind auch die von ambulanten Pflegeeinrichtungen nach § 82 Abs. 3 SGB XI zulässigerweise den Pflegebedürftigen berechneten Investitionskosten.
3. Zur Höhe der Durchschnittskosten einer Krankenpflegekraft vgl. VV Nr. 2.2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 7.
4. <sup>1</sup>Beim Vorliegen eines besonderen Pflegebedarfs sind die um den nachstehenden Selbstbehalt gekürzten Aufwendungen bis zur Obergrenze des Abs. 3 Satz 2 beihilfefähig (Härteregelung).

<sup>2</sup>Pflegekosten, welche die nach § 89 SGB XI vereinbarten Beträge (vgl. VV Nr. 2) übersteigen, dürfen bei Anwendung der Härteregelung nicht berücksichtigt werden.

<b>Beihilfeberechtigte</b>	<b>mit Bezügen bis 2.550 €</b>	<b>mit Bezügen von mehr als 2.550 € bis 5.100 €</b>	<b>mit Bezügen von mehr als 5.100 €</b>
ohne Angehörige	12 v. H.	13 v. H.	14 v. H.
mit einem Angehörigen	10 v. H.	11 v. H.	12 v. H.
mit 2 oder 3 Angehörigen	8 v. H.	9 v. H.	10 v. H.
mit mehr als 3 Angehörigen	6 v. H.	7 v. H.	8 v. H.

<sup>3</sup>Als Bezüge sind die um 1.279 EURO verminderten (Brutto-)Dienst- oder Versorgungsbezüge sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und dessen beihilfeberechtigten Ehegatten zugrunde zu legen. <sup>4</sup>Abs. 7 Nr. 2 Satz 3 gilt entsprechend. <sup>5</sup>Wird zu den Aufwendungen für die Pflege des Ehegatten oder von berücksichtigungsfähigen Kindern Beihilfe gewährt, ist bei Anwendung des Satzes 2 neben den Bezügen und Renten nach Satz 3 auch das Arbeitsentgelt des Ehegatten zu berücksichtigen.

Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt sowie pflegebedürftig und stehen ihnen nach Abs. 3 Beihilfen zu, sind nur die Bezüge und Renten des jeweiligen Beihilfeberechtigten bei Anwendung des Satzes 2 zu berücksichtigen.

5. Im Rahmen des Abs. 3 sind beihilfefähig die Pflegekosten bei einer
  - 5.1 teilstationären Pflege in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege. Stellt die Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz in Rechnung und werden die Aufwendungen für die Pflege nicht besonders angegeben, gelten 50 vom Hundert des Pauschalsatzes als Pflegekosten,
  - 5.2 Pflege in einer Pflegefamilie. Voraussetzung ist, dass nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Pflegefamilie für die Pflege geeignet ist.
6. <sup>1</sup>Bei Personen in Kurzzeitpflege mit Anspruch nach § 28 Abs. 2 SGB XI ist entsprechend Abs. 6 Satz 1 zu verfahren. <sup>2</sup>Die Härteregelung des Abs. 3 Satz 2 findet keine Anwendung.
7. Die teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege) oder Kurzzeitpflege muss in einer nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtung erfolgen.
8. <sup>1</sup>Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf (§ 45 a SGB XI, insbesondere Demenzkranke, aber auch psychisch Kranke oder geistig Behinderte) können nach § 45 b SGB XI neben den Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten hierzu einen Betreuungsbetrag von 460 Euro je Kalenderjahr. <sup>2</sup>Nicht ausgeschöpfte Beträge sind in das Folgejahr übertragbar. <sup>3</sup>Diese Mittel sind zweckgebunden für Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie für Kurzzeitpflege und andere niederschwellige Betreuungsangebote i. S. des § 45 c Abs. 3 SGB XI (z. B. Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger).

## **Zu § 9**

Zu Abs. 4

1. Für die Zuordnung zu den Pflegestufen und die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für medizinische Behandlung gilt die VV Nr. 1.2 zu Abs. 3.

2. <sup>1</sup>Die zeitweise Abwesenheit von Pflegebedürftigen tagsüber wegen des Besuchs eines Kindergartens, einer Schule, einer Werkstatt für Behinderte oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung steht der Zahlung der Pauschalbeihilfe nicht entgegen. <sup>2</sup>Dies gilt auch bei Erwerbstätigkeit von Pflegepersonen, wenn die häusliche Pflege insgesamt sichergestellt bleibt.
3. <sup>1</sup>Wird eine andere geeignete Person wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen durch eine Person, die nicht erwerbsmäßig pflegt, in der Pflege vertreten, verbleibt es bei der bisherigen Höhe der Pauschalbeihilfe. <sup>2</sup>Daneben sind im Zusammenhang mit einer solchen Verhinderungspflege verbundene notwendige Aufwendungen (z. B. für Fahrkosten im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 9, Verdienstausfall usw.) beihilfefähig. <sup>3</sup>Die Beträge nach Satz 1 und 2 dürfen zusammen 1.432 EURO für eine höchstens vierwöchige Pflege im Kalenderjahr nicht übersteigen. <sup>4</sup>Sofern die Pflege vertretungsweise durch eine Berufspflegekraft erfolgt, sind Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bei einer längstens vierwöchigen Pflege im Kalenderjahr bis zu 1.432 beihilfefähig. <sup>5</sup>Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Abs. 6 Satz 1 entsprechend.
- 4.1 <sup>1</sup>Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 6, der Sanatoriumsbehandlung nach § 7 oder der stationären Pflege nach Abs. 7 für Pflegebedürftige geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. <sup>2</sup>Für diese Zeiten steht die Pauschalbeihilfe nicht zu.
- 4.2 <sup>1</sup>Die Pauschalbeihilfe ist für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme weiterzuzahlen. <sup>2</sup>Dasselbe gilt für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr. <sup>3</sup>Beim Tod von Pflegebedürftigen wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Sterbemonats gewährt.
5. <sup>1</sup>Entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von Satz 3 sind z. B. solche nach § 35 Abs. 1 BVG, § 44 Abs. 2 SGB VII und § 34 BeamtVG. <sup>2</sup>Leistungen nach § 69 a BSHG zählen nicht dazu.
6. Haben mehrere Beihilfeberechtigte Anspruch auf die Pauschalhilfe für ein Kind, steht die Beihilfe nur einem Beihilfeberechtigten zu (vgl. § 4 Abs. 6).
7. <sup>1</sup>Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung hierfür anteilig Leistungen erbringt. <sup>2</sup>Die Durchführung der Beratungen ist nach § 37 Abs. 4 SGB XI auch gegenüber der Festsetzungsstelle zu belegen. <sup>3</sup>Der Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Abs. 3 und 6 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Abs. 6 Satz 1 entsprechend.
8. Zur Überleitung durch Träger der Sozialhilfe vgl. VV Nr. 2 bis 4 zu § 17 Abs. 10.
9. Als Nachweis für die erbrachte Pflege reicht eine formlose Bescheinigung der Pflegeperson.
10. <sup>1</sup>Für die Bewilligung der Pauschalbeihilfe genügt ein einmaliger Antrag. <sup>2</sup>Aufgrund dieses Antrages wird die Pauschalbeihilfe fortlaufend und vorschüssig zum Monatsersten gezahlt. <sup>3</sup>Den Beihilfeberechtigten ist schriftlich aufzugeben, jeweils im Januar die Tage des vorangegangenen Kalenderjahres zu nennen, an denen ganztägig keine Pflege erfolgt. <sup>4</sup>Dabei sind die Tage, an denen nach der VV Nr. 4.2 die Pauschalbeihilfe weiterzuzahlen ist, nicht anzugeben.

## **Zu § 9**

Zu Abs. 5

<sup>1</sup>Bei einer Kombination der Leistungen nach den Abs. 3 und 4 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich. <sup>2</sup>Pauschalbeihilfe nach Abs. 4 steht nicht zu, wenn die Aufwendungen die Höchstsätze nach Abs. 3 Satz 1 übersteigen.

## Zu § 9

### Zu Abs. 7

- 1.1 <sup>1</sup>Angemessen sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege monatlich pauschal
- a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 €,
  - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 €,
  - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432 €,
  - d) für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 SGB XI als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1.688 €,
- jedoch nicht mehr als 75 vom Hundert des Heimentgelts. <sup>2</sup>Höhere als die vorstehend zu berücksichtigenden Pflegekosten sind insoweit beihilfefähig, als sie 20 vom Hundert der genannten Beträge übersteigen.
- 1.2 Werden die Pflegekosten nach VV Nr. 1.1 sowie die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (einschließlich Investitionskosten) nicht gesondert ausgewiesen, sind 60 vom Hundert des Pflegesatzes (Heimentgelts) als auf die Pflege entfallend anzusehen.
2. <sup>1</sup>Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen von der sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Einrichtung eine nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtung ist. <sup>2</sup>Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).
- 3.1 Eine vorübergehende vollstationäre Pflege nach Abs. 7 Nr. 4 liegt besonders bei der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und der in einem Pflegeheim erfolgenden Pflege wegen Verhinderung der Pflegeperson (vgl. § 39 SGB XI) vor.
- 3.2 Die Kosten der Unterkunft und Verpflegung (einschließlich Investitionskosten) sind bei teilstationärer Pflege (z. B. Tages- oder Nachtpflege) sowie Pflege in Behinderteneinrichtungen (Abs. 7 Nr. 5) und in Pflegefamilien nicht beihilfefähig.
4. Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig.
5. Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genannten Aufwendungen.
6. Hinsichtlich der im Pflegesatz enthaltenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung (einschließlich Investitionskosten) ist Nr. 1.2 zu beachten.
7. <sup>1</sup>Betten- und Platzfreihaltegebühren, die durch die Unterbrechung wegen Krankheit des Pflegebedürftigen erhoben werden, sind beihilfefähig. <sup>2</sup>Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Pflegebedürftigen liegenden Grund bis zu 30 Tagen je Kalenderjahr.
- 8.1 <sup>1</sup>Dienstbezüge sind die in § 1 Abs. 2 BBesG genannten Bruttobezüge (ohne kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag und veränderlichen Bezügeanteile). Veränderliche Teile der Dienstbezüge sind besonders Zulagen für besondere Erschwernisse, Mehrarbeitsvergütung. Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 BeamtVG genannten Bruttobezüge (ohne kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag), soweit nicht nach § 57 BeamtVG (Versorgungsausgleich) geringere Versorgungsbezüge zustehen. <sup>2</sup>Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG und Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG bleiben unberücksichtigt. <sup>3</sup>Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verwendungseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehrerer Versorgungsbezüge oder den in Abs. 7 Nr. 2 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- und Versorgungsbezüge zugrunde zu legen.
- 8.2 Steuerabzugsbeträge, Krankenversicherungsbeiträge usw. mindern nicht die Bruttobezüge.

- 8.3 <sup>1</sup>Renten sind mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Dies ist bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung von Beitragszuschüssen und vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt. <sup>3</sup>Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI zählen nicht zur Rente.
- 8.4 <sup>1</sup>Arbeitseinkommen des Ehegatten sind das laufende sozialversicherungspflichtige Arbeitsentgelt (ohne kinderbezogene Anteile im Orts- oder Sozialzuschlag sowie die § 1 Abs. 3 BBesG und Nr. 8.1 Satz 2 entsprechenden Teile des Arbeitslohnes) sowie Lohnersatzleistungen. <sup>2</sup>Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung (§ 8 SGB VI) bleiben außer Ansatz. <sup>3</sup>Bei monatlich erheblich schwankendem Arbeitseinkommen ist ein Durchschnitt der letzten 12 Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen.
- 8.5 Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt.
- 8.6 Haben beide Ehegatten Einkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit, kann in den Fällen des Abs. 7 Nr. 2 Satz 1 Buchst. a davon ausgegangen werden, dass keine Beihilfe zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung (einschließlich Investitionskosten) zusteht.
9. Die VV Nr. 1 zu § 9 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass eine Minderung nicht für Zeiten der Berücksichtigung von Bettengeld (Nr. 7) erfolgt.
10. Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; § 15 findet keine Anwendung.
- 11.1 <sup>1</sup>Bei monatlich gleich bleibender Beihilfe zu den Aufwendungen einer vollstationären Pflege kann auf einmaligen Antrag hin die Beihilfe fortlaufend gewährt werden. <sup>2</sup>Dasselbe gilt, wenn nur die Beihilfe zu Pflegekosten gleich bleibt (vgl. z. B. Abs. 7 Nr. 1 Satz 2) oder Beihilfe nach Abs. 7 Nr. 5 gewährt wird. <sup>3</sup>Den Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, jegliche für die Höhe der Beihilfe bedeutsame Änderungen der Festsetzungsstelle mitzuteilen.
- 11.2 Als Zahlungsempfänger der Beihilfe kann in dem Beihilfeantrag auch die Pflegeeinrichtung genannt werden.

#### **Zu § 9**

Zu Abs. 8

- 1.1 <sup>1</sup>Nach § 44 Abs. 3 SGB XI sind die Pflegekassen und die privaten Pflegeversicherungen verpflichtet, den Pflegebedürftigen die Pflegestufe schriftlich mitzuteilen. <sup>2</sup>Diese Mitteilung ist von den Beihilfeberechtigten vorzulegen und die festgestellte Pflegestufe bei der Beihilfegewährung zugrunde zu legen. In <sup>3</sup>Zweifelsfällen ist mit Zustimmung der Pflegebedürftigen bei der sozialen oder privaten Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
- 1.2 In anderen Fällen (z. B. bei keiner Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung) bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens.
2. Dem Antrag auf Gewährung von Beihilfe nach Abs. 8 Satz 4 ist ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (zumeist verbunden mit dem Antrag auf Zuerkennung einer Pflegestufe) gleichzuachten.

#### **Zu § 10**

Zu Abs. 1

1. Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien sind veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1977 S. 32, zuletzt geändert am 11. Oktober 2005 (BAnz. S. 14483).
2. Die Kinder-Richtlinien sind veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1977 S. 32, zuletzt geändert am 10. Dezember 1999 (BAnz. 2001 S. 4603).
3. Die Jugenduntersuchungs-Richtlinien vom 26. Juni 1998 sind veröffentlicht im Bundesanzeiger 1998, S. 12723, zuletzt geändert am 23. Oktober 1998 (BAnz. 1999 S. 947).

4. Die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien vom 24. August 1989 sind veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1989 S. 44, zuletzt geändert am 21. Dezember 2004 (BAnz. 2005 S. 4995).
5. Bei von Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung veranlassten Modellversuchen im Zusammenhang mit Vorsorgemaßnahmen im Sinne des Abs. 1 ist von der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auszugehen.

#### **Zu § 10**

Zu Abs. 3

<sup>1</sup>Medizinisch notwendig sind nur die vom für das Gesundheitswesen Hessens zuständigen Ministerium öffentlich für die Bundesrepublik Deutschland empfohlenen Schutzimpfungen. <sup>2</sup>Dieses Ministerium hat bestimmt, dass die als Impfkalender herausgegebenen Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommision Grundlage der Öffentlichen Empfehlung von Schutzimpfungen in Hessen sind. <sup>3</sup>Dieser Impfkalender ist zuletzt im StAnz. 2006 S. 2432 wiedergegeben.

#### **Zu § 11**

1. <sup>1</sup>Nicht rechtswidrig sind Schwangerschaftsabbrüche nach § 218 a Abs. 2 und 3 StGB, wenn also eine medizinische (unter Einschluss der embryopathischen) oder kriminologische Indikation vorliegt. <sup>2</sup>Nicht strafbar sind Schwangerschaftsabbrüche, die unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 StGB erfolgen.
2. <sup>1</sup>Bei einem nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruch sind nur die Aufwendungen für die in § 24 b Abs. 3 SGB V bezeichneten Leistungen beihilfefähig. <sup>2</sup>Die Aufwendungen des Abbruchs der Schwangerschaft (vgl. § 24 b Abs. 4 SGB V) und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf sind folglich nicht beihilfefähig; für diese Aufwendungen kommen gegebenenfalls Leistungen nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen in Betracht.
3. <sup>1</sup>Der Begriff der nicht rechtswidrigen Sterilisation ist gesetzlich nicht definiert. <sup>2</sup>Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 29. Juni 1976 – VI ZR 68/75 – (BGHZ 67, 48) hat sich die Beurteilung der Rechtmäßigkeit einer Sterilisation an dem allgemeinen Grundsatz zu orientieren, dass jeder selbst bestimmen kann, ob er einen ärztlichen Eingriff an sich vornehmen lassen will. <sup>3</sup>Hinsichtlich der Notwendigkeit einer Sterilisation wird auf § 6 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte (Deutsches Ärzteblatt 1976, Heft 23) verwiesen, wonach Sterilisationen nur aus medizinischen, genetischen oder schwer wiegenden sozialen Gründen zulässig sind.
4. Beihilfefähig sind in begründeten Fällen auch die Aufwendungen für humangenetische Untersuchungen.
5. Zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für empfängnisregelnde Mittel vgl. VV Nr. 11 zu § 6 Abs. 1 Nr. 2.

#### **Zu § 12**

1. <sup>1</sup>Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (Beilage Nr. 60 a zum BAnz. vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 23. Oktober 1998, BAnz. 1999 S. 947, zugrunde gelegt. <sup>2</sup>Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
2. <sup>1</sup>Die pauschalen Kosten nach Nr. 4 sind bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Sätze beihilfefähig. <sup>2</sup>Besteht mit dem Geburtshaus keine solche Vereinbarung, sind die Sätze maßgebend, die für das nächstgelegene Geburtshaus mit Gebührenvereinbarung gelten.
3. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Haus- und Wochenpflegekraft bestimmt sich nach § 6 Abs. 1 Nr. 7

### **Zu § 13**

#### Zu Abs. 1

1. Die Beihilfe in Todesfällen von Kindern ist zu gewähren, wenn die Friedhofsgebühren nach dem Tarif für Kinderbestattungen festgesetzt werden; ist dies nicht der Fall, ist die höhere Beihilfe zu gewähren.
2. Vertragliche Sterbegelder (z. B. aus Sterbekassen) bleiben, sofern sie nicht auf arbeitsvertraglicher Vereinbarung beruhen, außer Ansatz.
3. Bei der Festsetzung der Pauschalbeihilfe bleiben Nachzahlungen beamtenrechtlicher Sterbegelder aufgrund rückwirkender Anpassung von Dienst- und Versorgungsbezügen unberücksichtigt.

### **Zu § 13**

#### Zu Abs. 2

1. Zu den Aufwendungen nach Abs. 2 gehören nicht die Aufwendungen für eine Überführung innerhalb der Gemeinde, weil diese nach Abs. 1 a abgegolten sind.
2. <sup>1</sup>Bei Ledigen ist „Familienwohnsitz“ der Ort ihres letzten Wohnsitzes. <sup>2</sup>Wohnten sie bei den Eltern, gilt deren Wohnsitz als Ort der Überführung.

### **Zu § 14**

#### Zu Abs. 1

1. Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in EURO umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.
2. Die Festsetzungsstelle kann Übersetzungen der Belege sowie im Einzelfall deren Beglaubigung verlangen.
3. Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt als Wohnort
  - a) bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
  - b) bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienort.
4. <sup>1</sup>Aufwendungen für Behandlungen
  - a) im Kleinen Walsertal (Österreich),
  - b) in der Höhenklinik Valbella Davos (Schweiz) der Genossenschaft Sanatorium Valbella,
  - c) in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) der Stiftung Deutsche Heilstätte Davos und Agra,
  - d) in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos (Schweiz), geführt von der Klinik Davos GmbH, Davos Platz,

gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden; in den Fällen der Buchst. b, c und d jedoch nur, wenn nach fachärztlicher Bescheinigung eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. <sup>2</sup>Beihilferechtlich gelten die Höhenklinik Valbella Davos und die Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang als Sanatorium, soweit nicht im Einzelfall eine stationäre Krankenhausbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6) vorliegt und nachgewiesen wird; die Klinik für Dermatologie und Allergie gilt als Krankenhaus (§ 6 Abs. 1 Nr. 6).



5. <sup>1</sup>Abs. 1 stellt auf die Aufwendungen ab, die beim Verbleiben am Wohnort entstanden wären. <sup>2</sup>Nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 2 ist als Kassenleistung der Betrag abzuziehen, den die Krankenkasse beim Verbleiben am Wohnort geleistet hätte.
6. Befinden sich Hemodialysepatienten vorübergehend aus privaten Gründen im Ausland, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.

#### **Zu § 14**

Zu Abs. 3

<sup>1</sup>Aufwendungen für eine Heilkur in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union sind wie Inlandskuren beihilfefähig, wenn der Heilkurort im deutschen oder dem jeweiligen nationalen Heilkurortverzeichnis eingetragen ist. <sup>2</sup>Ist der Heilkurort in keinem dieser Verzeichnisse aufgeführt, entscheidet über die Eignung das für das Beihilferecht zuständige Ministerium.

#### **Zu § 15**

Zu Abs. 1

1. <sup>1</sup>Erhalten beide Elternteile keinen Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag (z. B. Anwärter), erhöht sich für ein Kind der Bemessungssatz bei dem Elternteil, den sie dazu bestimmen. <sup>2</sup>Die Bestimmung ist unwiderruflich.
2. <sup>1</sup>Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, sind Geburtsaufwendungen von der Mutter geltend zu machen. <sup>2</sup>In diesem Fall können bereits im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigte Kinder sowie das neugeborene Kind bei der Mutter mitgezählt werden. <sup>3</sup>Geburtsaufwendungen sind die Aufwendungen nach § 12 Abs. 1 Nr. 2 bis 6, die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt stehen.
3. Ist ein Elternteil nach der Hessischen Beihilfenverordnung, der andere Elternteil nach der Elternzeitverordnung oder nach § 85 a Abs. 7 HBG beihilfeberechtigt, kann auf gemeinsamen und unwiderruflichen Antrag der Eltern die kinderbezogene Erhöhung des Bemessungssatzes bei dem beurlaubten Elternteil berücksichtigt werden.

#### **Zu § 15**

Zu Abs. 2

1. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte (z. B. durch die Aufgabe der Berufs- oder Erwerbstätigkeit) keine Einkünfte mehr oder haben sich diese Einkünfte sehr verringert, erhöht sich nach Maßgabe der VV Nr. 3 zu § 5 Abs. 6 Nr. 3 der Bemessungssatz bereits im laufenden Kalenderjahr widerruflich um 5 vom Hundert.
2. Ist einer Elternzeit ohne Beschäftigung oder dem Bezug von Erziehungsgeld unmittelbar eine krankenversicherungspflichtige Tätigkeit vorausgegangen, ist nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V beim Fortbestehen der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung während der Elternzeit bzw. des Bezuges von Erziehungsgeld von einer Pflichtversicherung aufgrund einer Beschäftigung auszugehen.

#### **Zu § 15**

Zu Abs. 5

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

<sup>5</sup>Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlags hätte abgewendet werden können. <sup>6</sup>Ein Leistungsausschluss liegt u. a. nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. <sup>7</sup>Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

<sup>8</sup>Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nicht vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. <sup>9</sup>Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z. B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

<sup>10</sup>Abs. 5 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach § 9 sowie bei Personen mit Ansprüchen nach § 10 Abs. 1 BVG.

### **Zu § 15**

Zu Abs. 6

Zur stationären Krankenhausbehandlung zählt auch die teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115 a SGB V.

### **Zu § 15**

Zu Abs. 7

1. <sup>1</sup>Der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche, wie sie bei einer Pflichtversicherung zustehen, sind Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die freiwillig Versicherten in Höhe des Wertes einer an sich zustehenden Sachleistung gegebenenfalls nach Abzug eines Mengenrabatts, Unwirtschaftlichkeitsabschlags und dergleichen gezahlt werden. <sup>2</sup>Für freiwillig Versicherte, die bereits am 1. August 1988 einer geschlossenen Beitragsklasse angehört haben, gelten die Voraussetzungen des Abs. 7 Satz 1 als erfüllt, solange sie in dieser Beitragsklasse verbleiben.
2. <sup>1</sup>Bei Vorliegen der Voraussetzungen der VV Nr. 1 findet Abs. 7 Satz 1 auch Anwendung auf Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen eines Krankenhauses, wenn die gesetzliche Krankenversicherung nur die allgemeinen Krankenhausleistungen (Pflegesatz) übernimmt (in diesem Fall gelten die wahlärztlichen Leistungen als bezuschusst) oder zu Aufwendungen einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur einen Pauschalen Zuschuss gewährt. <sup>2</sup>Übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung bei einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur nur bestimmte Aufwendungen ganz oder teilweise (z. B. Aufwendungen für den Arzt oder die Heilbehandlungen), gelten die übrigen Aufwendungen (z. B. Unterbringung und Beförderungskosten) nicht als bezuschusst, so dass insoweit eine Erhöhung des Bemessungssatzes auf 100 vom Hundert entfällt.  
<sup>3</sup>Übernimmt die Krankenkasse bei einer Sanatoriumsbehandlung mit den Wahlleistungen „bessere Unterkunft“ und/oder „wahlärztliche Leistungen“ nur den Vertragssatz (der als Sachleistung im Sinne des § 5 Abs. 5 anzusehen ist), findet Abs. 7 nur auf wahlärztliche Leistungen Anwendung; die wahlärztlichen Leistungen gelten dabei als durch den Vertragssatz bezuschusst. <sup>4</sup>Gewährt die Krankenkasse nur einen Zuschuss, weil mit dem Sanatorium kein Vertrag nach § 111 SGB V besteht, findet Abs. 7 auf alle beihilfefähigen Aufwendungen Anwendung.
3. <sup>1</sup>Sind die Voraussetzungen des Abs. 7 nicht erfüllt, finden die übrigen Vorschriften des § 15 Anwendung. <sup>2</sup>Dies gilt auch, wenn die gesetzliche Krankenversicherung zu beihilfefähigen Aufwendungen keine Leistungen erbringt.
4. wird gestrichen

5. wird gestrichen
6. Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag bleiben unberücksichtigt.

#### **Zu § 15**

Zu Abs. 8

1. <sup>1</sup>Der Bemessungssatz ermäßigt sich auch dann nach Abs. 8 Satz 1, wenn ein Beitragszuschuss nicht zusteht, weil Beschäftigte diesen nicht beantragen oder nicht die Voraussetzungen für dessen Gewährung schaffen (z. B. durch die Nichtnennung des Krankenversicherungsunternehmens und der Versicherungsbeiträge). <sup>2</sup>Auf den Beitragszuschuss nach § 257 Abs. 2 SGB V kann nicht verzichtet werden (vgl. Bundessozialgericht vom 8. Oktober 1998 – B 12 KR 19/97 R).
2. Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes nach Abs. 8 Satz 2 ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen; hierbei bleiben Zuschüsse zum Pflegeversicherungsbeitrag unberücksichtigt.
3. Abs. 8 findet auch Anwendung, wenn ein Beitragszuschuss nachträglich gewährt wird.
4. <sup>1</sup>Abs. 8 gilt auch, wenn Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige Mitglied der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und daneben privat krankenversichert sind. <sup>2</sup>Die von der KVdR gewährten Kassenleistungen vermindern nach § 5 Abs. 3 die beihilfefähigen Aufwendungen.

#### **Zu § 15**

Zu Abs. 9

1. Zum Begriff „Dienstbeschädigung“ vgl. VV Nr. 5 zu § 8.
2. Bei Versicherung in der privaten Krankenversicherung ist Voraussetzung für das Vorliegen eines besonderen Ausnahmefalles, dass der Versicherungsschutz die Bedingungen des § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V erfüllt.

#### **Zu § 15**

Zu Abs. 10

1. Für die Höhe des Bemessungssatzes kommt es auf die Verhältnisse im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 5 Abs. 2 Satz 2) an.
2. <sup>1</sup>Abs. 10 erfasst nicht Aufwendungen für die Behandlungspflege außerhalb einer vollstationären Pflege (§ 9 Abs. 7). <sup>2</sup>Für diese Aufwendungen gelten die Abs. 1 bis 9.

#### **Zu § 16**

1. Stiefkinder verstorbener Beihilfeberechtigter gehören zum Personenkreis des Abs. 2.
2. Bis zum Zeitpunkt des Todes der Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis ihres Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen; in den genannten Fällen bereits ausgezahlte Beihilfen sind in Ausgabe zu belassen.
3. Als Sterbe- und Bestattungsgelder, die nach Abs. 2 zu berücksichtigen sind, kommen besonders in Betracht Leistungen nach

§ 18 Abs. 2 BeamtVG,  
§ 58, 59 SGB V,  
§ 41 Abs. 2 BAT,  
§ 47 Abs. 2 MTArb,  
§ 39 Abs. 2 BMT-G II.

4. Beihilfe nach Abs. 2 steht, von dem Fall des Abs. 2 Satz 2 abgesehen, nicht zu, wenn der verstorbene Beihilfeberechtigte die Aufwendungen bezahlt hat.

#### **Zu § 17**

##### Zu Abs. 1

1. <sup>1</sup>Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. <sup>2</sup>Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbwaise nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung bestehen. <sup>3</sup>Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 3 wird nicht begründet.
2. Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 2 erfüllt waren.
3. <sup>1</sup>Beihilfen sind mit dem von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formblatt zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei nach § 93 SGB XII überleitbaren Ansprüchen. <sup>2</sup>Für die Anerkennungsbescheide nach den §§ 7 und 8 zu verwenden. <sup>3</sup>Dem Beihilfebescheid ist eine Rechtsbehelfsbelehrung beizufügen. <sup>4</sup>Die Aufwendungen sind durch Belegkopien nachzuweisen.
4. <sup>1</sup>In besonderen Ausnahmefällen kann auch ein Erstattungsbegehren berücksichtigungsfähiger Angehöriger als Antrag nach Abs. 1 behandelt werden. <sup>2</sup>Ein besonderer Ausnahmefall liegt vor, wenn es für berücksichtigungsfähige Angehörige wegen der besonderen Umstände ihrer persönlichen Beziehung zu Beihilfeberechtigten, z. B. Getrenntleben von Eheleuten, oder der Art der Diagnose eine unzumutbare Härte bedeuten würde, ihre Belege über beihilfefähige Aufwendungen den Beihilfeberechtigten zu überlassen. <sup>3</sup>Entsprechendes gilt, wenn Beihilfeberechtigte sich weigern, zu von berücksichtigungsfähigen Angehörigen nachweislich gezahlten Aufwendungen Beihilfen zu beantragen oder Beihilfeberechtigte sich weigern, die Aufwendungen zu tragen und deshalb von berücksichtigungsfähigen Angehörigen beglichen werden müssen. <sup>4</sup>Die Beihilfe darf in diesen Fällen unmittelbar an die berücksichtigungsfähigen Angehörigen gezahlt werden.

#### **Zu § 17**

##### Zu Abs. 2

Die Antragsgrenze von 250 EURO gilt nicht, wenn Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden sind oder den Dienstherrn gewechselt haben.

#### **Zu § 17**

##### Zu Abs. 3

Die Aufwendungen sind nach Möglichkeit durch Originalbelege nachzuweisen, sofern nicht ohnehin der Nachweis durch Originalbelege vorgeschrieben ist (§ 16 Abs. 1 Satz 3, § 17 Abs. 3 Satz 2).

#### **Zu § 17**

##### Zu Abs. 4

1. <sup>1</sup>In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten. <sup>2</sup>Rückfragen zur Ermittlung der Beihilfe sowie der Beihilfebescheid (einschließlich der Unterlagen) sind verschlossen zu versenden.
2. Zur Führung von Beihilfeakten und zur Verwendung von Krankheits- und sonstigen persönlichen Daten aus Beihilfeakten wird besonders auf § 107 a HBG und die VV hierzu verwiesen. Die Verwendung der Belege für Beihilfezwecke soll in der Weise kenntlich gemacht werden, dass auch bei mehreren Beihilfeberechtigten andere Verwaltungen die Verwendung erkennen können.

**Zu § 17**

Zu Abs. 5

In Verwaltungen ohne mehrstufigen Aufbau (z. B. Gemeinden) können abweichende Zuständigkeiten in anderer Form als durch Rechtsvorschriften bestimmt werden.

**Zu § 17**

Zu Abs. 7

1. Abschlüsse können auch zu noch nicht bezahlten Rechnungen gewährt werden.
2. Der Abschlag sollte grundsätzlich der Beihilfe zu den geltend gemachten Aufwendungen, abgerundet auf volle 50 EURO, entsprechen.
3. <sup>1</sup>Soweit ein Krankenhaus, eine Rehabilitationseinrichtung, ein Sanatorium oder eine Dialyse-Institution auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, können auf Antrag der Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen geleistet werden. <sup>2</sup>Für die Beantragung können die Formblätter nach Anlage 9 und 10 verwendet werden.
4. Anträge auf Abschlagszahlungen (besonders bei Aufwendungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung) sind bevorzugt zu bearbeiten.

**Zu § 17**

Zu Abs. 10

1. Bei Versäumnis der Frist ist keine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand möglich.
2. <sup>1</sup>Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, kann er aufgrund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 93 SGB XII einen Beihilfeanspruch geltend machen. <sup>2</sup>Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. <sup>3</sup>Eine Überleitung nach § 93 SGB XII ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für seine berücksichtigungsfähigen Kinder (ausgenommen Pflege- und Stiefkinder) entstanden sind.  
  
<sup>4</sup>In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und gegebenenfalls Anfechtungsklage zu erheben.
3. <sup>1</sup>Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt er Beihilfeberechtigte nach § 25 SGB XII im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, können nur die Beihilfeberechtigten den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfeträger ist zulässig. <sup>2</sup>Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 1).
4. <sup>1</sup>Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Abs. 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung
  - den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt)
  - den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person)
  - die Art (z. B. Pflege, Heilbehandlungen) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
  - die Leistungshöhe

enthält. <sup>2</sup>Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfeträgers anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. <sup>3</sup>In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. Abs. 10 Satz 4) und gegebenenfalls der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

5. Ein Antrag auf Abschlagszahlungen unterbricht nicht die Ausschlussfrist.
6. Bei über die Beschäftigungsdienststelle eingereichte Beihilfeanträgen gilt der dort bestätigte Eingang als Eingangstag.

### **Zu § 18**

Zu Abs. 4

1. <sup>1</sup>Als Unterbrechung nach Abs. 4 Satz 1 gilt nicht die Zeit zwischen der witterungsbedingten Beendigung und Wiederbegründung des Arbeitsverhältnisses nach § 62 Satz 1 des Manteltarifvertrages für Waldarbeiter der Länder und Gemeinden oder § 51 Satz 1 des Manteltarifvertrages für Arbeiter gemeindlicher Forstbetriebe im Lande Hessen. <sup>2</sup>Während der Unterbrechungszeit entstandene Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.
2. Am 1. Mai 2001 beihilfeberechtigt gewesene Saisonkräfte bleiben bei einer Wiedereinstellung in der nächsten Saison beihilfeberechtigt, solange sie in jeder Saison bei demselben Arbeitgeber tätig sind.

### **Aufhebung von Vorschriften**

Zum 1. Januar 2002 werden aufgehoben:

1. die Verwaltungsvorschriften zur Durchführung der Hessischen Beihilfenverordnung vom 19. Mai 1993 (StAnz. S. 1330), geändert durch die jeweilige Verwaltungsvorschrift vom
  - a) 8. Dezember 1994 (StAnz. 1995 S. 3),
  - b) 10. Januar 1996 (StAnz. S. 462),
  - c) 17. März 1997 (StAnz. S. 1011),
  - d) 1. Dezember 1998 (StAnz. S. 4043),
  - e) 11. August 1999 (Stanz. S. 2606),
  - f) 7. Dezember 2001 (StAnz. 2002 S. 12),
2. das Rundschreiben vom 23. Juni 1993 (Stanz. S.1707),
3. das Rundschreiben vom 1. März 1996 (Stanz. S. 904),
4. die Abschnitte I, II und IV des Rundschreibens vom 28. Oktober 1996 ((StAnz. S. 3672),
5. das Rundschreiben vom 18. Juni 1999 (StAnz. S. 2166, 2272).

### **Außerkräftreten**

Diese Verwaltungsvorschriften treten am 31. Dezember 2011 außer Kraft.

Wiesbaden, 26. Oktober 2006

Hessisches Ministerium des Innern und für Sport  
I 23 – P 1820 A – 32