

BayRS 2030-2-27-F

Verordnung
über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in
Krankheits-, Geburts-, Pflege- und sonstigen Fällen
(Bayerische Beihilfeverordnung - BayBhV)

Vom 2. Januar 2007

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

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I
Allgemeines

§ 1 Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

Abschnitt II
**Personenkreis, Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen
Konkurrenzregelungen**

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

§ 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige

§ 4 Beihilfen nach den Tod des Beihilfeberechtigten

§ 5 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

§ 6 Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

Abschnitt III
Grundsatz der Beihilfefähigkeit

§ 7 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Abschnitt IV
Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

§ 8 Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen

§ 9 Allgemeine Abrechnungsgrundlagen für psychotherapeutische Leistungen

§ 10 Psychosomatische Grundversorgung

§ 11 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

§ 12 Verhaltenstherapie

§ 13 Nicht beihilfefähige psychotherapeutische Behandlungsverfahren

§ 14 Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen

- § 15 Kieferorthopädische Leistungen
- § 16 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- § 17 Implantologische Leistungen
- § 18 Arznei- und Verbandmittel
- § 19 Heilbehandlungen
- § 20 Komplexleistungen
- § 21 Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke
- § 22 Aufwendungen für Sehhilfen
- § 23 Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining)
- § 24 Häusliche Krankenpflege
- § 25 Familien- und Haushaltshilfe
- § 26 Fahrtkosten
- § 27 Auswärtige ambulante Behandlungen
- § 28 Krankenhausleistungen

Abschnitt V
Rehabilitationsleistungen

- § 29 Beihilfe bei Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen
- § 30 Beihilfe bei Kuren

Abschnitt VI
Aufwendungen in Pflegefällen

- § 31 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
- § 32 Häusliche und teilstationäre Pflege
- § 33 Verhinderungspflege
- § 34 Kurzzeitpflege
- § 35 Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds
- § 36 Stationäre Pflege
- § 37 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe
- § 38 Zusätzliche Betreuungsleistungen
- § 39 Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen
- § 40 Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

Abschnitt VII
Aufwendungen in sonstigen Fällen

- § 41 Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen
- § 42 Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt
- § 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption
- § 44 Sonstige Aufwendungen
- § 45 Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

Abschnitt VIII
Leistungsumfang, Verfahren

- § 46 Bemessung der Beihilfen
- § 47 Begrenzung der Beihilfen
- § 48 Verfahren

Abschnitt IX
Schlussbestimmungen

- § 49 Durchführungsbestimmungen, Ausnahmen
- § 50 In-Kraft-Treten
- § 51 Übergangs- und Schlussvorschriften

Anlagen 1 bis 4

Abschnitt I Allgemeines

§ 1 Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

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

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

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

Abschnitt II Personenkreis, Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen, Konkurrenzregelungen

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamtinnen, Beamte, Richterinnen und Richter sowie Dienstanfängerinnen und Dienstanfänger,
2. Ruhestandsbeamtinnen, Ruhestandsbeamte, Richterinnen und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamtinnen, Beamte, Richterinnen und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit

oder Erreichens der Altersgrenze entlassen wurden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,

3. Witwen und Witwer sowie die in § 23 des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) genannten Kinder der in Nrn. 1 und 2 bezeichneten Personen.

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

(3) Als beihilfeberechtigt gelten unter den Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 auch andere natürliche sowie juristische Personen.

(4) Beihilfeberechtigt sind nicht

1. Ehrenbeamtinnen und -beamte sowie ehrenamtliche Richterinnen und Richter,
2. Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes) beschäftigt sind,
3. Beamtinnen, Beamte, Richterinnen, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes (EuAbgG), § 27 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte der bzw. des Beihilfeberechtigten,
2. die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder von Beihilfeberechtigten.

(2) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder,

1. für die der Anspruch auf den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag nur entfällt, weil das Kindergeld oder der Kinderfreibetrag wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte (§ 32 Abs. 4 Satz 2 des Einkommensteuergesetzes - EStG) nicht gewährt wird; dies gilt bis zum Ablauf des Monats, für den ohne Beachtung der maßgebenden Einkommensgrenzen der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt würde, längstens bis zum Ablauf des Monats, in dem das entsprechende Kind das in § 32 Abs. 4 Satz 1 Nrn. 1 und 2 EStG genannte Lebensalter vollendet hat, ggf. verlängert um Zeiträume nach § 32 Abs. 5 EStG,
2. die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschrieben sind, solange die in § 32 Abs. 4 und 5 EStG in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen gegeben sind; Nr. 1 gilt entsprechend.

(3) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister von Beihilfeberechtigten oder deren Ehegatten,
2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen.

§ 4

Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten

(1) ¹Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. ²Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tag vor dem Tod. ³Die Beihilfe wird der Person gewährt, die die Originalbelege zuerst vorlegt.

(2) ¹Andere als die in Abs. 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Abs. 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. ²Sind diese Personen Erben des Beihilfeberechtigten, erhalten sie eine Beihilfe auch zu Aufwendungen des Erblassers, die von diesem bezahlt worden sind.

§ 5

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

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

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

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

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

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

(5) ¹Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht.

²Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(6) Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für seine Aufwendungen nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, der den entsprechenden Anteil des Familienzuschlags bzw. vergleichbare Vergütungsbestandteile erhält oder den die Beihilfeberechtigten in einer gemeinsamen Erklärung bestimmt haben.

§ 6

Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

(1) ¹Bei vorrangig in Anspruch zu nehmenden bzw. anzurechnenden Leistungen im Sinn des Art. 86a Abs. 2 Sätze 2 bis 5 BayBG handelt es sich um Leistungsansprüche, die auf Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen beruhen. ²Gewährte Zuschüsse im Sinn des Art. 86a Abs. 2 Satz 4 BayBG werden in voller Höhe auf die beihilfefähigen Aufwendungen angerechnet. ³Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen nach Maßgabe der §§ 14 bis 17 sind hierbei 65 v. H. als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse errechnet. ⁴Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen wurden. ⁵Art. 86a Abs. 2 Sätze 2 bis 4 BayBG gelten nicht

1. für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,
2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Versicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. insoweit, als Schadenersatz von Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind; abweichend hiervon sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach Art. 96 BayBG zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt,
2. von Beamtinnen und Beamten, denen auf Grund von Art. 10 Abs. 3 des Bayerischen Besoldungsgesetzes (BayBesG) Heilfürsorge zusteht.

Abschnitt III Grundsatz der Beihilfefähigkeit

§ 7 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

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

1. sie dem Grunde nach medizinisch notwendig,
2. sie der Höhe nach angemessen sind und
3. die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

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

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

³Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden.

⁴Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOÄ sowie § 2 Abs. 1 GOZ erbracht werden, sind grundsätzlich nur nach den Vorgaben des Satzes 3 beihilfefähig. ⁵Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker. ⁶Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle.

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

(3) ¹Abweichend von Abs. 1 kann die Angemessenheit und Notwendigkeit von Leistungen auch auf der Basis von Verträgen und Vereinbarungen bewertet werden. ²Die Dienstherren – im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen – können hierzu mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüsse Verträge über Beihilfeangelegen-

heiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt.

³Dabei können auch feste Preise vereinbart werden, die unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. ⁴Sofern private Krankenversicherungsunternehmen Verträge im Sinn des Satzes 2 mit Leistungserbringern geschlossen haben, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze ebenfalls der Beihilfefestsetzung zugrunde gelegt werden.

(4) Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwerts im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig;
2. die in den §§ 8 bis 41, 43 und 44 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den Höchstbetrag von 18 000 € übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Wird der Höchstbetrag unterschritten, ist dies auf Verlangen der Beihilfefestsetzungsstelle durch den Einkommensteuerbescheid des Bezugsjahres zu belegen. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte im laufenden Kalenderjahr keine Einkünfte mehr, die den Höchstbetrag von 18 000 € übersteigen und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr dieser Höchstbetrag auch nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr den Höchstbetrag überschritten haben. Die oberste Dienstbehörde - im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen - kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, die Gewährung von Beihilfen zulassen;
3. Aufwendungen nach Art. 86a Abs. 2 Satz 6 BayBG; hierzu zählen auch Werkstätten für Behinderte;

4. Aufwendungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ bzw. nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ erbracht werden.

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

1. **Anlage 1** Nr. 1 aufgeführt sind, sind nicht beihilfefähig (Ausschluss),
2. **Anlage 1** Nr. 2 aufgeführt sind, sind nur unter den jeweiligen dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig (Teilausschluss).

Abschnitt IV **Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen**

§ 8

Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen

¹Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen,
2. ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ nach Maßgabe der §§ 9 bis 13,
3. zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Maßgabe der §§ 14 bis 17.

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

§ 9

Allgemeine Abrechnungsgrundlagen für psychotherapeutische Leistungen

(1) Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 10), tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 11) sowie Verhaltenstherapien (§ 12) sind nur beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin bzw. einem Arzt, einer Psychologischen Psychotherapeutin bzw. einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden.

(2) ¹Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ gehören, sind beihilfefähig, wenn

1. die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
2. bei Erkrankten nach Erhebung einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und ggf. nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

²Dies gilt auch für die Verlängerung bewilligter Therapien. ³Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

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

(4) Eine Therapie mittels katathymen Bilderlebens ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts, eine Rational Emotive Therapie nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

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

(6) ¹Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen für gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 10 bis 12,
2. die in § 13 aufgeführten Behandlungsverfahren.

²Zur Psychotherapie gehören keine psychologischen Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.

§ 10 Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die beihilfefähige psychosomatische Grundversorgung umfasst:

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nr. 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ oder
2. übende und suggestive Verfahren nach den Nrn. 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

(2) Beihilfefähig sind je Krankheitsfall

1. bei verbaler Intervention als einzige Leistung bis zu 25 Behandlungen,
2. bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung bis zu zwölf Behandlungen,
3. bei Hypnose als Einzelbehandlung bis zu zwölf Behandlungen,
4. neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nr. 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ Aufwendungen für ärztliche körperbezogene Leistungen.

(3) ¹Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. ²Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalls nicht nebeneinander durchgeführt werden.

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

1. Allgemeinmedizin,
2. Augenheilkunde,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

4. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 5. Innere Medizin,
 6. Kinderheilkunde,
 7. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 8. Neurologie,
 9. Phoniatrie und Pädaudiologie,
 10. Psychiatrie und Psychotherapie,
 11. Psychotherapeutische Medizin oder
 12. Urologie
- durchgeführt wird.

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

§ 11

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nrn. 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ sind beihilfefähig bei

1. psychoneurotischen Störungen, z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotischen Depressionen, Konversionsneurosen,
2. vegetativ-funktionellen und psychosomatischen Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
3. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, d.h. im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
4. seelischer Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen bei seelischen Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

5. seelischer Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet, z. B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen,
6. seelischer Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten, z. B. schicksalhafte psychische Traumen,
7. seelischer Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

(2) Behandlungen sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 80 Sitzungen	nochmals weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

des Therapeuten		
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 30 Sitzungen	nochmals weitere 15 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	weitere 60 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 50 Sitzungen	nochmals weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

(3) ¹Bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen können Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 : 4 einbezogen werden. ²Abweichungen bedürfen der Begründung. ³Die Höchstzahl der Sitzungen darf dadurch nicht überschritten werden.

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

1. Psychotherapeutische Medizin,
2. Psychiatrie und Psychotherapie,
3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie führen oder

Ärztinnen oder Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein.

²Eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für

1. Psychotherapeutische Medizin oder

2. Psychiatrie und Psychotherapie oder
3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie

eine Ärztin bzw. ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“

kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nrn. 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ) erbringen. ³Eine Ärztin bzw. ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nrn. 863, 864 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ) erbringen.

(5) Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) vom 16. Juni 1998 (BGBl I S. 1311) in der jeweils geltenden Fassung können Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte und / oder analytische Psychotherapie).

(6) ¹Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, müssen sie

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

²Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. ³Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nrn. 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ).

(7) ¹ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 PsychThG können Leistungen für diejenige

Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

²Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG gilt Abs. 6 entsprechend.

³Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, zusätzlich zu der Berechtigung nach den Abs. 4, 5 oder 6 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. ⁴Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, zusätzlich zu der Berechtigung nach den Abs. 4, 5 oder 6, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. ⁵Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin bzw. des Therapeuten vorgelegt und die Behandlung durch die Beihilfestelle im Vorfeld anerkannt wird. ⁶Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ⁷Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁸Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme durch ein vertrauensärztliches Gutachten.

§ 12 Verhaltenstherapie

(1) Eine Verhaltenstherapie nach den Nrn. 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ ist beihilfefähig bei

1. psychoneurotischen Störungen, z. B. Angstneurosen, Phobien,
2. vegetativ-funktionellen Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,

3. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, d.h. im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
4. seelischer Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
5. seelischer Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten, z. B. schicksalhafte psychische Traumata,
6. seelischer Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
7. seelischer Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen – besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden – erkennen lassen.

(2) ¹Von dem Anerkennungsverfahren nach § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin bzw. des Therapeuten vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. ²Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. ³Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle auf Grund der Stellungnahme durch ein vertrauensärztliches Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

(3) Behandlungen sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig

1. bei Erwachsenen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung (höchstens 8 Teilnehmer)
Regelfall	40 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Stundenzahl erreicht	weitere 40 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung (höchstens 8 Teilnehmer)
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Stundenzahl erreicht	weitere 40 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen

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

1. Psychotherapeutische Medizin,
 2. Psychiatrie und Psychotherapie,
 3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie führen oder Ärztinnen oder Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein.
- ²Ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie nachweisen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

(5) Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 PsychThG können Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren haben.

(6) Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, müssen sie

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

(7) § 11 Abs. 7 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

(8) ¹Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungs-

dauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. ²Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere verhaltenstherapeutische Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ³Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

§ 13

Nicht beihilfefähige psychotherapeutische Behandlungsverfahren

¹Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Familientherapie,
2. Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,
3. Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers),
4. Gestalttherapie,
5. Körperbezogene Therapie,
6. Konzentrierte Bewegungstherapie,
7. Logotherapie,
8. Musiktherapie,
9. Heileurhythmie,
10. Psychodrama,
11. Respiratorisches Biofeedback,
12. Transaktionsanalyse,
13. Neuropsychologische Behandlung.

²Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.

§ 14

Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen

¹Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nrn. 213 bis 232, Abschnitt F und K des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der GOZ entstandenen Aufwendungen für Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ (u.a Edelmetalle und Keramik) sowie

die nach § 4 Abs. 3 GOZ gesondert abrechenbaren Praxiskosten sind zu 40 v. H. beihilfefähig.²Die Aufwendungen für Glaskeramik sind nicht beihilfefähig.

§ 15 Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn vor Behandlungsbeginn

1. ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und
2. die behandelte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

§ 16 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

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

1. Kiefergelenks- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien, craniomandibuläre Dysfunktionen, myofasciales Schmerzsyndrom),
2. im Zusammenhang mit der Behandlung von Zahnfleischerkrankungen (Parodontopathien),
3. umfangreiche Gebissanierungen,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen (einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen),
5. im Zusammenhang mit der Behandlung von Aufbissschienen mit adjustierten Oberflächen nach den Nrn. 701 oder 702 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der GOZ.

²Eine umfangreiche Gebissanierung liegt nur vor, wenn insgesamt mindestens acht Seitenzähne mit Inlays oder Kronen sanierungsbedürftig sind oder fehlen. ³Außerdem ist der erhobene Befund mit dem nach Nr. 800 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der GOZ vorgeschriebenen Formblatt zu belegen.

§ 17
Implantologische Leistungen

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

1. nicht angelegte Zähne im jugendlichen Erwachsenenengebiss, wenn pro Kiefer weniger als acht Zähne angelegt sind, nach einem einzuholenden Gutachten,
2. bei großen Kieferdefekten in Folge von Kieferbruch oder Kieferresektionen, wenn nach einem einzuholenden Gutachten auf andere Art und Weise die Kaufähigkeit nicht wieder hergestellt werden kann.

²Liegen die Indikationen nicht vor, sind die Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kieferhälfte, einschließlich vorhandener Implantate, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. ³Dabei sind die Gesamtaufwendungen der implantologischen Versorgung entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nichtbeihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern.

⁴ Unabhängig von den Sätzen 2 und 3 sind die Aufwendungen für Suprakonstruktionen im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte beihilfefähig. ⁵§ 14 gilt entsprechend.

§ 18
Arznei- und Verbandmittel

¹Aus Anlass einer Krankheit sind bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen oder Heilpraktikerleistungen nach §§ 8 bis 17 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte und dergleichen beihilfefähig.

²Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva und eingesetzte Intrauterinpressare sind bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres beihilfefähig. ³Darüber hinaus sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn das Kontrazeptionsmittel zur Behandlung eines Krankheitszustands verordnet wird, also nicht zum Zweck der Schwangerschaftsverhütung. ⁴Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel,

1. die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, zur Rauchentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen,
2. die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
3. Vitaminpräparate, die keine Arzneimittel im Sinn des Arzneimittelgesetzes darstellen.

§ 19 Heilbehandlungen

(1) ¹Aus Anlass einer Krankheit sind die ärztlich in Schriftform verordneten Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe nach Maßgabe der **Anlage 2** beihilfefähig. ²Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb von Maßnahmen nach §§ 29, 30), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. ³Die Heilbehandlung muss von einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin bzw. einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, einer Ergotherapeutin bzw. einem Ergotherapeuten, einer Physiotherapeutin bzw. einem Physiotherapeuten, einer Krankengymnastin bzw. einem Krankengymnasten, einer Logopädin bzw. einem Logopäden, einer Masseurin bzw. einem Masseur, einer Masseurin und medizinischen Bademeisterin bzw. einem Masseur und medizinischen Bademeister oder einer Podologin bzw. einem Podologen durchgeführt werden.

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

1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

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

2. Operation am Skelettsystem

- a) posttraumatische Osteosynthesen,

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

(3) ¹Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule – Anlage 2 Nr. 15 - sind nur bis zu maximal 25 Sitzungen je Krankheitsfall und nur bei Vorliegen der folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

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

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

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

(4) ¹Die Aufwendungen für Heilbehandlungen im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind nur nach folgenden Maßgaben und unter der Voraussetzung beihilfefähig, dass die Behandlungen durch die in Abs. 2 genannten Personen durchgeführt werden:

1. Art und Umfang der durchgeführten und nachgewiesenen Heilbehandlung sind bis zu den in der Anlage 2 genannten Höchstbeträgen beihilfefähig; ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.
2. Wird bei einer teilstationären und stationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 € beihilfefähig; Platzfreihaltegebühren sind nicht beihilfefähig.

²Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind z.B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten.

§ 20 Komplexleistungen

¹Werden Leistungen nach §§ 8 bis 12 und 19 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von § 7 Abs. 1 und § 19 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind, beihilfefähig. ²Eine Komplextherapie wird von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht. ³Diesem müssen auch Ärztinnen bzw. Ärzte, Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten oder Angehörige von Ge-

sundheits- und Medizinalfachberufen im Sinn von § 19 Abs. 1 Satz 3 angehören.

§ 21

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

(1) ¹Die Aufwendungen für Anschaffung oder Miete der in der **Anlage 3** genannten oder vergleichbarer Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände sind beihilfefähig, wenn sie ärztlich in Schriftform verordnet sind; dies gilt nicht für Gegenstände von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis oder Gegenstände, die der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen. ²Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.

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

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

(4) ¹Die innerhalb eines Kalenderjahres über 100 € hinausgehenden Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte im Sinn des Abs. 1 Satz 1 sind beihilfefähig. ²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

(5) Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind beihilfefähig.

(6) ¹Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512 € beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z.B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z.B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. ²Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perü-

cke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss.

³Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.

(7) Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in der Anlage 3 aufgeführt noch den dort aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind und deren Anschaffungswert einen Betrag von 600 € übersteigt, entscheidet die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen.

§ 22 Aufwendungen für Sehhilfen

(1) ¹Aufwendungen für Sehhilfen sind nach den Abs. 2 bis 6 beihilfefähig

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach schriftlicher augenärztlicher Verordnung bei
 - a) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0) oder
 - b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder
 - c) gravierender Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
 - d) erheblichen Gesichtsfeldausfällen.

²Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist eine augenärztliche Verordnung in Schriftform. ³Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin bzw. eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 € je Sehhilfe beihilfefähig, Abs. 9 bleibt unberührt. ⁴Im Fall des Satzes 1 Nr. 2 ist stets eine augenärztliche Verordnung erforderlich.

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

1. für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):	
--	--

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

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

1. bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
2. bei Anisometropien ab 2 dpt,
3. unabhängig von der Gläserstärke
 - a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
 - b) bei Erkrankten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist.

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

1. umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),
2. krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
3. Fortfall der Pupillenverengung (z.B. absolute und reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kerr-Syndrom),
4. chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
5. entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
6. Ziliarneuralgie,
7. blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
8. totaler Farbenblindheit,
9. Albinismus,
10. unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
11. intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
12. Gläsern ab + 10 dpt.

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

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

1. eine Reservebrille oder

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

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

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

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

1. für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Abs. 2 und 3 (die Voraussetzungen des Abs. 3 Satz 1 entfallen),
2. für eine Brillenfassung bis zu 52 €.

(7) Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in den nach § 33 Abs. 1 Satz 3 SGB V genannten Fällen beihilfefähig.

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

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

§ 23

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

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

1. Anschaffungen zweier Langstöcke sowie ggf. elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,
2. Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:

a) je Unterrichtsstunde (60 Minuten), einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden	56,43 €,
b) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im Fünf-Minuten-Takt anteilig berechnet wird	44,87 €,
c) Fahrtkostenerstattung für Fahrten einer Trainingskraft je gefahrenem Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	0,30 €;
d) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Trainingskraft, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainingskraft nicht zumutbar ist	26 €;

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

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

4. Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden, ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrtkosten der Trainingskraft in entsprechendem Umfang anerkannt werden; die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

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

§ 24 Häusliche Krankenpflege

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

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

⁴Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Entgeltgruppe KR 7a des TV-L).

§ 25
Familien- und Haushaltshilfe

¹Beihilfefähig sind die Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe bis zur Höhe der Kosten von Leistungen, die von den Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 38 SGB V gewährt werden. ²Voraussetzung ist, dass

1. die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 27 bis 30 und 36) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,
2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, ggf. auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann, und
4. die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person - ausgenommen Alleinerziehende - nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist.

³Die Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 gelten ferner als erfüllt

1. in den ersten sieben Tagen nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung,
2. wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird oder
3. für alleinstehende Beihilfeberechtigte.

⁴Die Aufwendungen im Todesfall der haushaltsführenden Person (Satz 1 Nr. 1) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig. ⁵§ 24 Satz 3 gilt entsprechend. ⁶Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. ⁷Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in § 24 Satz 3 genannten Personen sind - mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu dem in Satz 1 genannten Höchstbetrag - nicht beihilfefähig.

§ 26
Fahrtkosten

¹ Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Fahrten

1. im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, ausgenommen eine Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reise,
2. als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustands zu erwarten ist (Krankentransport),
4. zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in einer Facharztpraxis, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie zu einer stationären Krankenhausbehandlung bis zu einer Höhe von 200 €,
5. zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.

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

§ 27
Auswärtige ambulante Behandlungen

¹Die Aufwendungen für Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen,

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

§ 28 Krankenhausleistungen

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

(2) ¹Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V), die nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vergütet werden, für

1. vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG, § 115a SGB V,
2. allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 BPflV, § 2 Abs. 2 KHEntgG,
3. andere im Zusammenhang mit Nrn. 1 und 2 berechenbare Leistungen im Rahmen der §§ 8 und 18.

²Beihilfefähig sind ferner – unter Berücksichtigung der nach Art. 86a Abs. 2 Satz 7 BayBG vorgesehenen Eigenbeteiligung - die Aufwendungen für

1. gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPflV, §§ 16 und 17 KHEntgG),
2. berechnete Unterkunft (§ 22 BPflV, §§ 16 und 17 KHEntgG) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers.

(3) Bei Leistungen von Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, aber nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind Aufwendungen nach Abs. 2 höchstens bis zur Höhe der Aufwendungen entsprechender Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung beihilfefähig.

Abschnitt V
Rehabilitationsleistungen

§ 29

Beihilfe bei Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in
1. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen,
 2. Einrichtungen für Suchtbehandlungen und
 3. in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
- sind nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig.
- (2) ¹Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen sind auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen.
- ²Anschlussheilbehandlungen liegen nur vor, wenn sie sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang stehen.
- (3) Einrichtungen für Suchtbehandlungen sind auf Suchtbehandlungen zur Entwöhnung spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen.
- (4) Sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind nur solche, welche die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen (Rehabilitationseinrichtungen).
- (5) ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach den Abs. 2 und 3 ist, dass die Maßnahme nach begründeter ärztlicher Bescheinigung nach Art und vorgesehener Dauer notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind; die Ärztin bzw. der Arzt darf nicht in einer Rechtsbeziehung zur behandelnden Einrichtung stehen. ²Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Abs. 4 ist, dass es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung (Abs. 2) handelt und nach einem begründetem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung

und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind.³Die Beihilfefähigkeit ist ab einer Dauer von 30 Tagen von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfestelle abhängig; die Anerkennung wird erteilt, wenn die lange Dauer ärztlich besonders begründet wird oder durch ein medizinisches Gutachten nachgewiesen ist.

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

1. für gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19,
2. nach § 25,
3. für Pflege, Unterkunft und Verpflegung bis zum niedrigsten Tagessatz zuzüglich Kurtaxe,
4. für den ärztlichen Schlussbericht,
5. für die An- und Abreise in Höhe von 0,20 € je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200 €, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. Die Entfernungskilometer bestimmen sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Einrichtung zurückzulegenden Strecke. Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

²Satz 1 Nrn. 3 und 5 gelten auch für Begleitpersonen, wenn die Notwendigkeit der Begleitung durch amtlichen Ausweis oder medizinisches Gutachten festgestellt ist und die Einrichtung bestätigt, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist.

³Liegt die Bescheinigung nach Abs. 5 Satz 2 bzw. 3 nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach Nr. 1 beihilfefähig. ⁴Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Abs. 2 bis 4, die Leistungen nach Satz 1 Nrn. 1 bis 3 betreffen, sind nur insoweit beihilfefähig, als sie einer Preisvereinbarung dieser Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger entsprechen; die Beihilfefähigkeit darüber hinausgehender Aufwendungen nach Satz 1 Nrn. 1 bis 3 ist ausgeschlossen.

§ 30 Beihilfe bei Kuren

(1) Die Aufwendungen für

1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,

2. Müttergenesungskuren und Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren,
 3. ambulante Heilkuren
- sind beihilfefähig.

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

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

(4) ¹Ambulante Heilkuren sind Maßnahmen für aktive Bedienstete nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie Maßnahmen für die übrigen Beihilfeberechtigten sowie für berücksichtigungsfähige Angehörige bei erheblich beeinträchtigter Gesundheit. ²Die Kuren müssen mit Heilbehandlungen nach § 19 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis des Staatsministeriums der Finanzen aufgeführten Heilkurort durchgeführt werden. ³Die Unterkunft muss sich im Heilkurgebiet befinden und ortsgebunden sein; eine Unterkunft im Wohnwagen, auf Campingplätzen und dergleichen ist nicht ausreichend.

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

1. gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19,
2. Familien- und Haushaltshilfe nach § 25,
3. Fahrtkosten nach § 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 5,
4. die Kurtaxe,
5. den ärztlichen Schlussbericht,
6. eine behördlich als notwendig anerkannte Begleitperson für Schwerbehinderte,
7. Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 € pro Tag und Person, begrenzt auf eine Dauer von höchstens 21 Tagen.

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

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

1. erstmalig eine Wartezeit von insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit nach diesen oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt ist,
2. im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Heilkur nach Abs. 1 bis 4 durchgeführt und beendet wurde,
3. ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,
4. die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist,
5. die Kur nicht weit überwiegend der Vorsorge dient; Gleiches gilt für Maßnahmen, deren Zweck eine berufliche Rehabilitation ist, wenn medizinisch keine kurmäßigen Maßnahmen mehr erforderlich sind.

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

1. durch amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit erforderlich ist,
2. die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Heilkur anerkannt hat, und
3. die Heilkur innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen wird.

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

Abschnitt VI Aufwendungen in Pflegefällen

§ 31

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach §§ 8 bis 30, 41 und 44 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig.

(2) ¹Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen. ²Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

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

§ 32

Häusliche und teilstationäre Pflege

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

1. der Stufe I bis höchstens 20 v. H.,
2. der Stufe II bis höchstens 40 v. H.,
3. der Stufe III bis höchstens 60 v. H.,
4. bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand der Stufe III bis höchstens 100 v. H.

der durchschnittlichen monatlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Entgeltgruppe KR 7a des TV-L). ²Bei einer teilstationären Pflege gelten die jeweiligen Pflegeeinsätze als erbracht, soweit im Einzelfall nicht eine geringere Inanspruchnahme nachgewiesen wird.

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

1. in Stufe I 205 €,
2. in Stufe II 410 €,
3. in Stufe III 665 €.

³Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. ⁴Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt.

(3) Wird die Pflege teilweise durch Pflegekräfte (Abs. 1) und durch andere geeignete Personen (Abs. 2) erbracht, wird die Beihilfe nach den Abs. 1 und 2 anteilig gewährt.

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

§ 33

Verhinderungspflege

¹Ist eine Pflegeperson nach § 32 Abs. 2 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für Pflege bis zu 1 432 € im Kalenderjahr beihilfefähig. ² § 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 34

Kurzzeitpflege

¹Kann die häusliche Pflege nach § 32 Abs. 1 und 2 zeitweise nicht oder nicht in vollem Umfang erbracht werden, so sind die Aufwendungen für vollstationäre Pflege bis zu 1 432 € im Kalenderjahr beihilfefähig. ²Erfolgt die Unterbringung vollstationär, liegen aber die Voraus-

setzungen des Satzes 1 nicht vor, so sind die auf die Pflege anfallenden Kosten bis zum Höchstbetrag nach § 32 Abs. 1 beihilfefähig.

§ 35

Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds

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

§ 36

Stationäre Pflege

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

1. 1 023 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
2. 1 279 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
3. 1 432 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,
4. 1 688 € für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 SGB XI als Härtefall anerkannt sind.

³§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend. ⁴Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie den Eigenanteil des Einkommens nach Satz 6 übersteigen. ⁵Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens.

⁶Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehalts der Besoldungsgruppe A 9 des Bundesbesoldungsgesetzes
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 v. H. des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 v. H. des Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 v. H. des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 v. H. des Einkommens,
3. bei allein stehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege der beihilfeberechtigten Person und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 v. H. des Einkommens.

⁷Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

§ 37

Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

¹Aufwendungen für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind nach Art und Umfang des § 43a SGB XI beihilfefähig. ²§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 38

Zusätzliche Betreuungsleistungen

¹Beihilfen zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen können für den in § 45a SGB XI beschriebenen Personenkreis neben Leistungen nach § 32 gewährt werden. ²Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 45b SGB XI. ³§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 39

Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen

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

§ 40

Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

¹Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach Abschnitt VI auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt.

²Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. ³In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. ⁴Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Abschnitt VII

Aufwendungen in sonstigen Fällen

§ 41

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

(1) Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nach Maßgabe

der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maß gefährden,
2. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
3. bei Frauen vom Beginn des 20., bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Zuckerkrankheit. Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nrn. 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der GOZ.

(3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen, jedoch nicht anlässlich privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union.

§ 42

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung,
2. entsprechend §§ 8 bis 19, 25, 26, 28 und 44 Nr. 3,
3. für die Hebamme und den Entbindungspfleger,
4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einer Krankenanstalt bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 24 gepflegt wird; § 24 Satz 3 gilt entsprechend,

5. entsprechend § 28 für das Kind.

§ 43
Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption

(1) ¹Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel sind nur dann zu 50 v. H. beihilfefähig, wenn auf Grund eines Behandlungsplans

1. die Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,
3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind und
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden.

²Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben.

³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Frauen, die das 40. Lebensjahr und für Männer, die das 50. Lebensjahr vollendet haben.

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

Verfahren	Indikationen	max. Anzahl der Versuche
<p>1. Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzklus, ggf. nach Ovulationstimung ohne Polyovulation (drei oder mehr Follikel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - somatische Ursachen (z.B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastnose, Dyspareunie), - gestörte Spermatozoen-Mucus-Interaktion, - Subfertilität des Mannes, - immunologisch bedingte Sterilität, 	<p>acht</p>
<p>2. Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Subfertilität des Mannes, - immunologisch bedingte Sterilität, 	<p>drei</p>
<p>3. In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zustand nach Tubenamputation, - anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss, - anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose, - idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind, - Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind, - immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind, 	<p>drei</p>
<p>4. Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose, - idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Mög- 	<p>zwei</p>

Verfahren	Indikationen	max. Anzahl der Versuche
	lichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind, - Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,	
5. Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	- männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas die Grenzwerte gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten.	drei

² Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Ehepartnern erfolgt entsprechend Nr. 3 der im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung maßgebenden Richtlinien über künstliche Befruchtung.

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

(4) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

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

§ 44
Sonstige Aufwendungen

Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. organspendende Personen, wenn die Empfängerperson beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der §§ 8 bis 13, 18, 19 und 25 bis 28, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der von der organspendenden Person nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie dafür nicht in Betracht kommen;
2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe;
3. Erste Hilfe.

§ 45
Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) ¹Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach den §§ 8 bis 28, 31 bis 44 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären (Kostenvergleich).

²Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht bringt, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Satzes 1 nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt. ³Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. ⁴Abweichend von Satz 1 sind Aufwendungen, die anlässlich eines vorübergehenden privaten Aufenthalts außerhalb Europas entstanden sind, nicht beihilfefähig.

(2) ¹Aufwendungen nach Abs. 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesre-

publik Deutschland beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können;
2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nach Maßgabe der Abs. 1 und 3 zulässig;
3. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 550 € je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

(3) ¹Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinn von § 29 Abs. 1 Nr. 3 und § 30 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn bei Antritt der Reise

1. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland aufgeführt ist,
2. die Voraussetzungen des § 30 vorliegen und
3. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

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

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

Abschnitt VIII Leistungsumfang, Verfahren

§ 46 Bemessung der Beihilfen

(1) ¹Die Beihilfe bemisst sich nach den in Art. 86a Abs. 3 Satz 2 BayBG genannten personenbezogenen Vomhundertsätzen (Bemessungssätze). ²Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrer beträgt 50 v. H.; abweichend hiervon beträgt der Bemessungssatz dann 70 v. H, wenn dem entpflichteten Hochschullehrer auf Grund einer weiteren Beihilfeberechtigung nach § 2 Abs. 1 Nr. 2, die jedoch gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 nachrangig ist, ein Bemessungssatz von 70 v. H. zustehen würde.

(2) ¹Der nach Art. 86a Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 2 BayBG bei mehreren Beihilfeberechtigten nur einmal zu gewährende erhöhte Bemessungssatz von 70 v. H. wird dem Beihilfeberechtigten gewährt, der die entsprechenden Kinderanteile des Familienzuschlags erhält. ²Eine hiervon abweichende Zuordnung ist nur im Fall einer gemeinsamen anderweitigen Bestimmung durch die Beihilfeberechtigten möglich; bereits vor dem 1. Januar 2007 getroffene Vereinbarungen gelten fort. ³Abweichende Bestimmungen nach Satz 2 sollen nur in Ausnahmefällen geändert werden.

(3) ¹Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein nach Anrechnung von Kassenleistungen im Sinn von Art. 86a Abs. 2 Satz 4 BayBG verbleibender beihilfefähiger Differenzbetrag zu 100 v. H. erstattet (Differenzkostenbeihilfe). ²Beihilfefähige Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Zuschüsse gewährt, werden zu den jeweils nach Art. 86a Abs. 3 Satz 2 BayBG maßgebenden Bemessungssätzen erstattet.

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

1. nach § 25 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 42 Nrn. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 42 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter.

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

(6) ¹Die oberste Dienstbehörde – im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen - kann den Bemessungssatz erhöhen,

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

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

§ 47

Begrenzung der Beihilfen

(1) ¹Bei Leistungen von Dritten im Sinn von Art. 86a Abs. 2 Satz 2 BayBG handelt es sich um Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen. ²Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen - soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen - bleiben unberücksichtigt. ³Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 8 bis 45 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird.

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

Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach den §§ 29 bis 39 werden getrennt abgerechnet.

(3) ¹Die nach Anwendung des Art. 86a Abs. 3 Satz 2 BayBG sowie der nach Abs. 1 und 2 festgesetzten Beihilfe ist pro Beleg um die nach Art. 86a Abs. 3 Satz 5 BayBG vorgesehene Eigenbeteiligung zu mindern; die Abzugsbeträge gelten hierbei mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. ²Die Minderung nach Satz 1 unterbleibt bei den in Art. 86a Abs. 3 Satz 6 Nrn. 1 und 2 BayBG genannten Personen bei allen Belegen. ³Nach Art. 86a Abs. 3 Satz 6 Nr. 6 BayBG ist die festgesetzte Beihilfe für den Rest des Kalenderjahres, in dem die Eigenbeteiligungen entstanden sind, nicht mehr nach Satz 1 zu mindern, wenn die Belastungsgrenze nach Art. 86a Abs. 3 Satz 7 BayBG überschritten wird. ⁴Hierzu hat die Beihilfestelle die individuelle Höchstgrenze von zwei v. H. bzw. eins v. H. anhand der im Januar eines Kalenderjahres maßgebenden Bezüge und Renten festzustellen. ⁵Abweichend hiervon ist bei einem Beginn der Beihilfeberechtigung während des laufenden Kalenderjahres der Tag der Berufung in ein Beamtenverhältnis, im Fall von Hinterbliebenen der Todestag des verstorbenen Beihilfeberechtigten maßgebend. ⁶Die nach den Sätzen 4 und 5 festgestellte Höchstgrenze vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 v. H. und für jedes berücksichtigungsfähige Kind um den sich nach § 32 Abs. 6 Sätze 1 und 2 EStG ergebenden Betrag.

⁷Wurden im Jahr des Todes des verstorbenen Beihilfeberechtigten bereits Eigenbehalte nach Satz 1 berücksichtigt, werden diese bei der Feststellung des Grenzbetrags nach Art. 86a Abs. 3 Sätze 6 und 7 BayBG dem überlebenden Ehegatten zugerechnet. ⁸Bei einem Beihilfeanspruch nach Art. 80b Abs. 4 und Art. 88 Abs. 1 Satz 2 BayBG kommt während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge Art. 86a Abs. 3 Satz 5 BayBG nicht zur Anwendung; bezüglich des Beginns und des Endes der Beurlaubung gilt Satz 5 entsprechend.

§ 48 Verfahren

(1) ¹Beihilfen müssen vom Beihilfeberechtigten schriftlich beantragt werden. ²Im staatlichen Bereich sind die vom Staatsministerium der Finanzen herausgegebenen Formblätter zu verwenden; zulässig sind auch amtliche EDV-Ausdrucke.

(2) ¹Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen

sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. ²Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 € betragen.

³Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15 € übersteigen.

(3) ¹Die Beihilfeanträge sind mit Belegen der Festsetzungsstelle vorzulegen; die Vorlage von Zweitschriften bzw. Rechnungskopien ist ausreichend. ²Mit den übersandten Belegen ist entsprechend Art. 100g Abs. 2 Satz 2 BayBG zu verfahren. ³Im staatlichen Bereich werden die übersandten Belege unter Berücksichtigung der Bestandskraft der einzelnen Festsetzungen von der jeweiligen Beihilfefestsetzungsstelle vernichtet. ⁴Eine Rückgabe der Belege erfolgt nur auf ausdrücklichen Wunsch des Beihilfeberechtigten; die entsprechenden Portomehraufwendungen sind vom festgesetzten Beihilfebetrag abzuziehen. ⁵Die Sätze 1 und 3 gelten nicht in den Fällen des § 4 Abs. 2. ⁶Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheim zu halten.

(4) Beihilfebescheide können auch in elektronischer Form übermittelt werden, sofern der Beihilfeberechtigte diesem Verfahren zustimmt.

(5) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

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

(7) ¹Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. ²Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 32 Abs. 2 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde und bei Aufwendungen nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 7 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. ³Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

(8) ¹Zur Überprüfung von Notwendigkeit und Angemessenheit einzelner geltend gemachter Aufwendungen kann die Festsetzungsstelle Gutachterinnen bzw. Gutachter, Beratungsärztinnen bzw. Beratungsärzte und sonstige geeignete Stellen unter Übermittlung der erforderlichen

Daten beteiligen, wobei personenbezogene Daten nur mit Einwilligung des Beihilfeberechtigten übermittelt werden dürfen; die Zuerkennung der Eignung setzt voraus, dass die mit der Bewertung betrauten Personen nach dem Verpflichtungsgesetz zur Wahrung der Daten verpflichtet werden.

Abschnitt IX **Schlussbestimmungen**

§ 49 Durchführungsbestimmungen, Ausnahmen

(1) Das Staatsministerium der Finanzen erlässt Durchführungsbestimmungen zur Gewährung von Beihilfen nach Maßgabe dieser Verordnung.

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

(3) Die oberste Dienstbehörde – im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen – kann in besonders begründeten Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabs anzunehmen sind, über diese Verordnung hinaus die Gewährung von Beihilfen zulassen.

§ 50 In-Kraft-Treten

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

§ 51
Übergangs- und Schlussvorschriften

(1) Auf die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vorschrift vorhandenen Empfänger von Versorgungsbezügen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten sowie Witwen und Witwer (§ 2 Abs. 1 Nr. 3) und die in § 61 Abs. 2 Sätze 2 und 3 BeamtVG bezeichneten Waisen findet § 47 Abs. 1 und 2 keine Anwendung, wenn diese Personen in dem genannten Zeitpunkt in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind und solange dieser Tarif beibehalten wird.

(2) Für Aufwendungen, die vor dem 1. Januar 2007 entstanden sind, sind die am 18. September 2006 in Bayern geltenden Beihilfebestimmungen maßgebend.

Beihilfefähigkeit wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Methoden

1. Völliger Ausschluss

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

A

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

B

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

C

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

E

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

F

- Frischzellentherapie

G

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

H

- Heileurhythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

I

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

K

- Kariesdetektor-Behandlung
- Kinesiologische Behandlung
- Kirlian-Fotographie
- Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur)

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

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

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

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

R

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

S

- Schwingfeld-Therapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

- Zellmilieu-Therapie

2. Teilweiser Ausschluss

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

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. In Zweifelsfällen ist eine gutachterliche Bestätigung einzuholen.
- Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT)
Die Aufwendungen sind im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea oder der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nr. 1800 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Die Aufwendungen der ESWT in sonstigen Anwendungsbereichen werden vom Teilausschluss nicht erfasst.
- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

- Klimakammerbehandlungen

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat. Die Gutachterperson wird von der Festsetzungsstelle bestimmt.

- Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

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

- Magnetfeldtherapie

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

- Ozontherapie

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

- Prostata-Hyperthermie-Behandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.

- Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z.B. Krankengymnastin bzw. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nrn. 4 bis 6 der Anlage 2 zu § 19 zugeordnet.

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

Beihilfefähige Höchstbeträge für ärztlich verordnete Heilbehandlungen

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
I. Inhalationen ¹⁾		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Raum- inhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Raum- inhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Krankengymnastische Behandlung ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage -	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung ²⁾³⁾ auf neurophysiologischer Grund- lage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewe- gungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Behandlung ²⁾⁵⁾ auf neurophysiologischer Grund- lage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Pers.) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen ²⁾	7,70
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ⁶⁾ , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik ⁷⁾ - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,40
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie ¹⁰⁾¹¹⁾ , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT) ¹²⁾ Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
16	Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen		
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) ²⁾	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾	
	a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	8,70

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
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
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	10,30
22	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	Teilpackung	20,50
	Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung)	
	- Anwendung von Lehm, Quark o. ä.	7,70
	- Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkompresse	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	20,00

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
25	a) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
	b) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
26	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	39,90
28	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
29	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe-	21,00
	d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10

Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt sowie in § 19 Abs. 1 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig.

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

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
V. Kälte- und Wärmebehandlung		
32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70
33	Eisteilbad	9,80
34	Heißluftbehandlung ⁹⁾ oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie		
35	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
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 ⁹⁾	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43	a) Reizbehandlung ⁹⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung ⁹⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie		
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	c) Ausführlicher Bericht	11,80
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
-------------	-----------------	--

X. Sonstiges

53	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
54	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs in Höhe von 0,30 € je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	

Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nrn. 53 und 54 nur anteilig je Patient beihilfefähig.

XI. Podologische Therapie¹³⁾

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

¹⁾ Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.

²⁾ Neben den Leistungen nach den Nrn. 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nrn. 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

³⁾ Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z.B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.

- 4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
- 5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
- 6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
- 7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.
- 8) Das notwendige Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.
- 9) Die Leistungen der Nrn. 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
- 10) Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden.
- 11) Die Leistungen der Nrn. 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.
- 12) Die Leistungen der Nrn. 4 bis 6, 10, 12 und 18 sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- 13) Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologinnen und Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

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

A

Abduktionslagerungskeil

Absauggerät (z.B. bei Kehlkopferkrankung)

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

Alarmgerät für Epileptiker

Anatomische Brillenfassung

Anti-Varus-Schuh

Anus-*praeter*-Versorgungsartikel

Anzieh-/Ausziehhilfen

Aquamat

Armmanschette

Armtragegurt/-tuch

Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl

Atemtherapiegeräte

Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)

Auffahrrampen für Krankenfahrstuhl

Aufrichteschlaufe

Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 € beihilfefähig)

Aufstehgestelle

Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)

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

Augenschielklappe, auch als Folie

B

Badestrumpf

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

Badewannenverkürzer

Ballspritze

Behinderten-Dreirad

Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie

Bettnässer-Weckgerät

Beugebandage

Billroth-Batist-Lätzchen

Blasenfistelbandage

Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)

Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)

Blindenschriftmaschine

Blindenstock/-langstock/-taststock

Blutlanzette

Blutzuckermeßgerät

Bracelet

Bruchband

C

Clavicula-Bandage

Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

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

D

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

Delta-Gehrad

Drehscheibe, Umsetzhilfen

Duschsitz/-stuhl

E

Einlagen (orthopädische)

Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten

Ekzem-Manschette
Elektro-Stimulationsgerät
Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
Ernährungssonde

F

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
Fingerling
Fingerschiene
Fixationshilfen
(Mini) Fonator

G

Gehgipsgalosse
Gehhilfen und -übungsgeräte
Gehörschutz
Genutrain-Aktiv-Kniebandage
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
Gilchrist-Bandage
Gipsbett, Liegeschale
Glasstäbchen
Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz
Gummistrümpfe

H

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
Handgelenkriemen
Hebekissen
Heimdialysegerät
Helfende Hand, Scherenzange
Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)

Hörgeräte (HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik, IdO-Geräte); einschließlich der Nebenkosten bis zu 1.025 € je Ohr ggf. zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung

I

Impulsvibrator

Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör

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

Innenschuh, orthopädischer

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

Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen

Ipos-Vorfußentlastungsschuh

K

Kanülen und Zubehör

Katapultsitz

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter

Kieferspreizgerät

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

Klumpfußschiene

Klumphandschiene

Klyso

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage

Knierolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation

Knöchel- und Gelenkstützen

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

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose

Koordinator nach Schielbehandlung

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Krabbler für Spastiker

Krampfaderbinde

Krankenfahrstuhl mit Zubehör

Krankenpflegebett

Krankenstock
Kreuzstützbandage
Krücke

L

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

M

Malleotrain-Bandage
Mangoldsche Schnürbandage
Manutrain-Bandage
Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen
Milchpumpe
Mundsperrer
Mundstab/-greifstab

N

Narbenschützer

O

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Haltemanschetten usw.
Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, bis zu maximal sechs Paar Schuhen pro Jahr

P

Pavlikbandage
Penisklemme
Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel
Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung

Polarimeter

Psoriasisiskamm

Q

Quengelschiene

R

Reflektometer

Rektophor

Rollbrett

Rutschbrett

S

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen

Schede-Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

Segofix-Bandagensystem

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

Skolioseumkrümmungsbandage

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

Sphinkter-Stimulator

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

Spreizfußbandage

Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

Spritzen

Stehübungsgerät

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

Strickleiter

Stubbies

Stumpfschuhhülle

Stumpfstrumpf

Suspensorium

Symphysen-Gürtel

T

(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar

Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung)

Tinnitus-Gerät

Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten

Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)

Tragegurtsitz

U

Übungsschiene

Urinale

Urostomie-Beutel

V

Vibrationstrainer bei Taubheit

W

Wasserfeste Gehhilfe

Wechseldruckgerät

Wright-Peak-Flow-Meter

Z

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set

Sonderregelungen für Bedienstete mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland

I. Beamtinnen und Beamte

1. Zu § 3 Abs. 1 Nr. 2

Berücksichtigungsfähig sind die nicht selbst beihilfeberechtigten Kinder des Beihilfeberechtigten, für die ein Kinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes gezahlt wird oder nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind bis zum Erreichen der Volljährigkeit sorgeberechtigt ist oder war.

2. Zu § 7 Abs. 1

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

3. Zu § 7 Abs. 4 Nr. 2 sowie Art. 86a Abs. 1 BayBG

Zu dem in dieser Vorschrift genannten Einkommensbetrag tritt in entsprechender Anwendung von § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

4. Zu §§ 9 bis 12

Bei ambulant durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung ist im Einzelfall unter Beteiligung der vom Staatsministerium der Finanzen benannten Gutachterpersonen das Vorliegen der jeweiligen Ab-

rechnungsvoraussetzungen zu prüfen.

5. Zu § 14

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

6. Zu § 19

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

7. Zu §§ 21 bis 23

Zu den für diese Vorschrift maßgebenden Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu, wenn die Aufwendungen in Fremdwährung entstanden sind.

8. Zu § 25

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

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

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

9. Zu § 26

Ist bei Krankheit oder Geburt eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Behandlung geboten war. Entsprechendes gilt aus Anlass von Maßnahmen nach § 40.

10. Zu § 27

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

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

Zum Höchstbetrag tritt in entsprechender Anwendung von § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

11. Zu § 28

Für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenanstalten sind unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung einem Zweibettzimmer im Inland entspricht, es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Die in Art. 86a Abs. 2 Satz 7 BayBG genannten Eigenbeteiligungen sind entsprechend zu berücksichtigen.

12. Zu § 29

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer entsprechenden ausländischen Einrichtung hat zur Voraussetzung, dass die Einrichtung amts- oder vertrauensärztlich als zur stationären Behandlung und Pflege im Sinn des

§ 28 Abs. 2 bis 4 geeignet erklärt und die Behandlung nicht in Verbindung mit einem Inlandsaufenthalt durchgeführt werden kann. Dem Beihilfeantrag sind entsprechende Unterlagen über die stationäre Rehabilitationseinrichtung beizufügen.

Wird eine Rehabilitationsmaßnahme, auf die ein Anspruch aus anderen Sicherungssystemen besteht (vgl. Art. 86a Abs. 2 Sätze 3 und 4 BayBG), im Inland gewährt, so gelten auch die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem inländischen Behandlungsort als beihilfefähige Aufwendungen, soweit diese vom Kostenträger nicht erstattet werden. Dies gilt nicht, wenn die Rehabilitationsmaßnahme mit gleicher Erfolgsaussicht auch im Gastland oder in der näheren Umgebung durchgeführt werden kann und die beihilfefähigen Aufwendungen in diesem Fall niedriger sind als die Durchführung der entsprechenden Behandlung im Inland.

13. Zu § 30

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

14. Zu § 42 Nr. 4

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

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

15. Zu § 46 sowie Art. 86a Abs. 3 Sätze 1 bis 3 BayBG

Der Bemessungssatz erhöht sich auf 100 v. H. der beihilfefähigen Aufwendungen

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

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

16. Zu § 48 Abs. 6

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

17. Zu § 48 Abs. 7

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

18. Zu § 49 Abs. 2

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

19. Beihilfefähige, außerhalb des Gastlandes entstehende Aufwendungen

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

II. Arbeitnehmer

Sofern in das Ausland entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf Grund von § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften vom 22. Dezember 2000 (GVBl S. 928) noch einen Beihilfeanspruch haben, finden die Regelungen des Abschnitts I mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass sich für diese Beschäftigten der Bemessungssatz für die im Ausland entstehenden, nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 v.H. erhöht, wenn sie nach deutschem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder freiwillig versichert sind und einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten.

Für die bei den Auslandsdienststellen beschäftigten nicht entsandten deutschen und nichtdeutschen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die auf Grund von § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften noch einen Beihilfeanspruch haben, finden die Regelungen des Abschnitts I mit folgenden Maßgaben entsprechende Anwendung:

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

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

2. Zu Abschnitt I Nr. 3 (§ 7 Abs. 4 Nr. 2 sowie Art. 86a Abs. 1 BayBG)

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

3. Zu Abschnitt I Nr. 9 (§ 26)

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

4. Zu Abschnitt I Nr. 10 (§ 27)

Nr. 3 findet entsprechende Anwendung.

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

Zu den Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen werden Beihilfen nicht gewährt.

6. Zu Abschnitt I Nr. 14 (§ 42)

Nr. 3 findet entsprechende Anwendung.

7. Zu Abschnitt I Nr. 15 (§ 46 sowie Art. 86a Abs. 3 Sätze 1 bis 3 BayBG)

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

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

Abschnitt I Nr. 18 findet keine Anwendung.