

Landeskirchliches Amtsblatt

der Evangelisch-lutherischen Landeskirche in Braunschweig

Wolfenbüttel, den 15. September 2005

Inhalt	Seite
Kirchenverordnung über die Aufhebung des Pfarrverbandes Gielde mit Neuenkirchen in der Propstei Schöppenstedt und die Umgliederung der Kirchengemeinde Neuenkirchen in die Propstei Goslar	118
Kirchenverordnung zur Änderung der Kirchenverordnung über die Bildung des Evangelisch-lutherischen Propsteiverbandes Helmstedt-Vorsfelde	118
Bekanntmachung zu Beihilfen in Krankheits-, Pflege und Geburtsfällen (Beihilfevorschriften-BhV)	118
Kollektenplan 2005/2006	165
Kirchensiegel	167
Ausschreibungen und Besetzungen von Pfarrstellen	167
Personalnachrichten	168

**Kirchenverordnung
über die Aufhebung des Pfarrverbandes Gielde
mit Neuenkirchen in der Propstei Schöppenstedt
und die Umgliederung der Kirchengemeinde
Neuenkirchen in die Propstei Goslar
Vom 12. Juli 2005**

Auf der Grundlage der § 5 Absatz 2 der Propsteiordnung in der Fassung vom 21. März 1981 (ABl. S. 11), zuletzt geändert am 22. November 2003 (ABl. 2004 S. 2) und § 67 der Kirchengemeindeordnung in der Neufassung vom 22. November 2003 (ABl. 2004 S. 2) wird verordnet:

§ 1

- (1) Der Pfarrverband Gielde mit Neuenkirchen wird aufgehoben.
- (2) Die Evangelisch-lutherische Kirchengemeinde Gielde wird dem Pfarrverband Werlaburgdorf mit Heiningen zugeordnet.
- (3) Pfarrverbandssitz ist Werlaburgdorf.

§ 2

- (1) Die Evangelisch-lutherische Kirchengemeinde Neuenkirchen wird aus der Evangelisch-lutherischen Propstei Schöppenstedt ausgegliedert und in die Evangelisch-lutherische Propstei Goslar eingegliedert.
- (2) Die Evangelisch-lutherische Kirchengemeinde Neuenkirchen wird der Evangelisch-lutherischen Kirchengemeinde Groß und Klein Döhren in Liebenburg zugeordnet.
- (3) Die Kirchengemeinde Groß und Klein Döhren in Liebenburg bildet mit der Kirchengemeinde Neuenkirchen den Pfarrverband Groß und Klein Döhren mit Neuenkirchen.
- (4) Pfarrverbandssitz ist Groß Döhren.

§ 3

Diese Kirchenverordnung tritt mit Wirkung vom 1. September 2005 in Kraft.

Wolfenbüttel, 12. Juli 2005

**Evangelisch-lutherische Landeskirche in Braunschweig
Kirchenregierung**

Dr. Weber
Landesbischof

**Kirchenverordnung
zur Änderung der Kirchenverordnung über die
Bildung des Evangelisch-lutherischen
Propsteiverbandes Helmstedt-Vorsfelde
Vom 12. Juli 2005**

Auf Grund von §§ 59, 59 a Abs. 1 und 59 b Abs. 1 der Propsteiordnung vom 18. Februar 1978 (ABl. S. 27), zuletzt geändert am 22. November 2003 (ABl. 2004 S. 2, 17) wird verordnet:

§ 1

§ 1 Abs. 1 der Kirchenverordnung über die Bildung des Evangelisch-lutherischen Propsteiverbandes Helmstedt-Vorsfelde vom 24. April 2002 (ABl 2002 S. 60) erhält folgende Fassung:

„(1) Die Ev.-luth. Propsteien Helmstedt, Vorsfelde und Königslutter bilden unter Erhaltung der eigenen Rechtspersönlichkeit den Ev.-luth. Propsteiverband Helmstedt-Vorsfelde-Königslutter.“

§ 2

Diese Kirchenverordnung tritt am 1. September 2005 in Kraft.

Wolfenbüttel, den 12. Juli 2005

**Evangelisch-lutherische Landeskirche in Braunschweig
Kirchenregierung**

Dr. Weber
Landesbischof

**Beihilfen in Krankheits-, Pflege und Geburtsfällen
(Beihilfevorschriften – BhV)**

1. 01.01.2004

Die Beihilfevorschriften des Bundes sind mit Wirkung vom 01.01.2004 – mit dem Ziel einer wirkungsgleichen Übernahme der mit dem GKV Modernisierungsgesetz im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung getroffenen Maßnahmen – geändert worden.

Für das Land Niedersachsen gelten gemäß § 87 c Nieders. Beamtengesetz – NBG – die Beihilfevorschriften des Bundes, soweit nicht in § 87 c NBG Abweichendes geregelt ist. Das Recht des Landes Niedersachsen hinsichtlich der Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen gilt auch im Bereich der Evangelisch-lutherischen Landeskirche in Braunschweig.

Über die wesentlichen Änderungen zum 01.01.2004 hatten wir alle Beihilfeberechtigten mit unseren Hinweisen von Januar 2004 und November 2004 informiert. Nachdem das Niedersächsische Finanzministerium mit Runderlass vom 02.02.2005 – 26-0800/12 – (Nds. MBl. vom 18.05.2005, S. 319) die Neufassung der Hinweise zu den Beihilfevorschriften veröffentlicht hat, geben wir nachstehend – die Beihilfevorschriften unter Berücksichtigung der Änderungen zum 01.01.2004 (die Änderungen sind durch Übernahme von Fußnoten aus dem Kommentarwerk erkennbar, wobei die Fußnoten entsprechend dem Kommentar und nicht fortlaufend nummeriert sind) sowie – die wichtigsten der neugefassten Hinweise bekannt, wobei wir insbesondere auf die Hinweise zum Gebührenrecht aufmerksam machen. Das „Heilkurortverzeichnis Inland“ zu § 8 Abs. 6 BhV wird wegen des Umfangs hier nicht veröffentlicht. Bei einer beabsichtigten Heilkur kann bei der Beihilfefeststellungsstelle der Norddeutschen Kirchlichen Versorgungskasse für Pfarrer und Kirchenbeamte (NKVK) erfragt werden, ob der

in Aussicht genommene Ort ein Kurort im Sinne von § 8 Abs. 6 BhV ist.

2. 01.01.2005

Mit Wirkung vom 01.01.2005 hat das Land Niedersachsen im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 2005 (Nds. GVBl. Nr. 44/2004, S. 664) durch entsprechende Änderung des § 87 c NBG mit dessen Absatz 2 die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für sogen. Wahlleistungen bei stationärer Behandlung auch für den Personenkreis ausgeschlossen, der bei der entsprechenden Änderung zum 01.01.2002 ausgenommen worden war. Damit sind Aufwendungen für Wahlleistungen durchweg nicht mehr beihilfefähig. Auf diese Änderung hatten wir ebenfalls bereits hingewiesen, und zwar mit unseren Hinweisblättern von November 2004 und Dezember 2004. Gleichzeitig hat das Land Niedersachsen die Anwendung der Beihilfevorschriften des Bundes für seine Beamten und Beamtinnen auf die Fassung vom 01.11.2001, zuletzt geändert am 30.01.2004, also praktisch auf den am 31.12.2004 geltenden Rechtsstand, festgeschrieben. Dies bedeutet, dass das Land Niedersachsen nicht mehr wie bisher automatisch die Änderungen der Bundesvorschriften übernimmt, sondern jeweils entscheidet, ob Änderungen übernommen werden. Nur vom Land Niedersachsen übernommene Änderungen gelten künftig auch im Bereich unserer Landeskirche. Nachstehend drucken wir den mit Wirkung vom 01.01.2005 neu gefassten § 87 c NBG und die Amtliche Begründung zu § 87 c Abs. 2 NBG ab.

3. Weitere Hinweise

Seit dem 01.01.2004 werden keine pauschalen Beihilfen mehr zur Säuglings- und Kleinkinderausstattung sowie im Todesfall gewährt. Dies betrifft auch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Angestellten- und Arbeiterverhältnis. Wir bitten, diesen Personenkreis auf den Fortfall dieser Beihilfemöglichkeiten hinzuweisen. Hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von **Arzneimitteln** (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 BhV) weisen wir ergänzend zu unseren Ausführungen im Hinweisblatt von November 2004 auf Folgendes hin:

Seit der Änderung der Apothekenbetriebsordnung im Juli 2004 sind die Apotheken verpflichtet, auch auf Privatrezepten die Pharmazentralnummer – PZN – auszuweisen. Rezepte ohne PZN muss die Beihilfefestsetzungsstelle unbearbeitet zurück geben.

Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können in Ausnahmefällen beihilfefähig sein, wenn „diese bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten“. Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind unter Abschnitt F Nr. 16.4 der Arzneimittel-Richtlinien (gesetzlicher Krankenversicherungsbereich) abschließend festgelegt. Die Beihilfefestsetzungsstelle der NKVK hat zu prüfen, ob bei der Verordnung nicht Verschreibungspflichtiger Arzneimittel diese Voraussetzungen erfüllt sind oder nicht. Verschreibungspflichtige Arzneimittel, die von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, sind nicht beihilfefähig. **Fahrkosten** (§ 6 Abs. 1 Nr. 9 BhV) zu ambulanten Behandlungen sind nur noch ausnahmsweise beihilfefähig. Diese Fahrten bedürfen dem Grunde nach der vorherigen Genehmigung der Beihilfefestsetzungsstelle (NKVK).

Die Genehmigung der Fahrkosten zur Beihilfefähigkeit von ambulanten Behandlungen gilt als erteilt, wenn – der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilfflos) vorlegt oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweist, – Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen. **Abzugsbeträge** und **Eigenbehalte** sind nun in § 12 BhV geregelt. Nach § 17 Abs. 9 BhV wird Beihilfe nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres (**Jahresfrist**) nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. Nach Mitteilung des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV) haben sich zum 01.01.2005 insgesamt 20 private Krankenversicherungsunternehmen bereit erklärt, **freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte** Beamte und Beamtinnen sowie Versorgungsempfänger und Versorgungsempfängerinnen einschl. deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen jederzeit zu erleichterten Bedingungen in beihilfekonforme Krankheitskostenvolltarife aufzunehmen, sofern deren Dienstverhältnisse am 31.12.2004 bestanden haben; diese Öffnung ist nicht zeitlich befristet. Näheres ist den Hinweisen für Beihilfeberechtigte von März 2005 zu entnehmen. In der gesetzlichen Krankenversicherung **pflichtversicherte Beihilfeberechtigte** (Versorgungsempfänger und Versorgungsempfängerinnen, pflichtversicherte berücksichtigungsfähige Angehörige, Tarifpersonal) erhalten ab 01.01.2005 bei Zahnersatz befundbezogene Festzuschüsse für eine Regelversorgung von ihrer Krankenkasse. **Beihilfefähig** sind nur die Aufwendungen für die Regelversorgung. Aufwendungen für über die **Regelversorgung** hinaus gehenden „gleichartigen“ oder „andersartigen“ Zahnersatz sind nicht beihilfefähig. Die Beihilfevorschriften sind in der Rechtsammlung der Evangelisch-lutherischen Landeskirche in Braunschweig nicht enthalten. Sie können demnächst über die Internet-Seite www.luth-braunschweig (geschützter Bereich: Formulare etc.) eingesehen werden. Vordrucke zur Beantragung einer Beihilfe sind dort ebenfalls bereitgestellt.

Wolfenbüttel, 15. September 2005

Landeskirchenamt

Müller

**Allgemeine Verwaltungsvorschrift
für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und
Geburtsfällen
(Beihilfevorschriften – BhV)
vom 1.11. 2001**

(abgedruckt als Anlage zum RdSchr.
d. BMI v. 2.11.2001, GMBI. S. 919/RdErl.
d. Nds. MF v. 10. 1. 2002, Nds. MBl. S. 145),

geändert durch

1. RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240)

2. RdSchr. d. BMI v. 30. 1. 2004 (GMBI. S. 379)/RdErl. d. Nds. MF v. 3. 2. 2004 (Nds. MBl. S. 248)

Artikel 1

- § 1 Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur
- § 2 Beihilfeberechtigte Personen
- § 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige
- § 4 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen
- § 5 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
- § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit
- § 7 Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsaufenthalt
- § 8 Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur
- § 9 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
- § 9a Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen
- § 10 Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen
- § 11 Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt
- § 12 Eigenbehalte, Belastungsgrenzen
- § 13 Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen
- § 14 Bemessung der Beihilfen
- § 15 Begrenzung der Beihilfen
- § 16 Beihilfen nach dem Tode des Beihilfeberechtigten
- § 17 Verfahren
- § 18 Übergangs- und Schlussvorschriften
- Anlage 1 Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
- Anlage 2 Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen
- Anlage 3 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke

Artikel 2

In-Kraft-Treten

Artikel 2 BhV 1995

Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation

Artikel 1

§ 1

Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

(1) ¹Diese Vorschrift regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen¹⁾, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen. ²Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

(2) Diese Vorschrift gilt für Bundesbeamte und Richter im Bundesdienst sowie Versorgungsempfänger des Bundes.

(3) 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 Betrages einer Beihilfe zulässig.

(4) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder als Pauschale gewährt.

¹⁾ § 1 Abs. 1 Satz 1 geändert m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamte und Richter,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
3. Witwen und Witwer sowie die in § 23 Beamtenversorgungsgesetz genannten Kinder der in Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen.

(2) ¹Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 bezeichneten Personen besteht, wenn und solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühnisse auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld 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 § 16 Abs. 2 auch andere natürliche sowie juristische Personen.

(4) Beihilfeberechtigt sind nicht

1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
2. Beamte 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. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) ¹Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

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

²Hinsichtlich der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt die Mutter des Kindes als berücksichtigungsfähige Angehörige.

(2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten,
2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen,
3. die Kinder eines Beihilfeberechtigten hinsichtlich der Geburt eines Kindes.

§ 4

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) Die 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 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 79 Bundesbeamtenengesetz 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 den Beihilfavorschriften des Bundes im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. ²Keine im Wesentlichen ver-

gleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(6) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt.

§ 5

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

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

1. sie dem Grunde nach 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 Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. ³Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen. ⁴Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

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

(3) ¹Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. ²Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind nach Maßgabe der Anlage 2 65 vom Hundert als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse errechnet. ³Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. ⁴Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 vom Hundert als zustehende Leistung anzusetzen.

⁵Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 Bundesversorgungsgesetz oder hierauf Bezug nehmende Vorschriften,

2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,
3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

⁶Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers und für von diesem verordnete Arznei- und Verbandmittel ohne Anwendung der Sätze 3 und 4 beihilfefähig.

(4) ¹Nicht beihilfefähig sind

1. Sach- und Dienstleistungen. ²Als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung. ³Bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 240 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) bemisst¹⁾ oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch
 - a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch,
 - b) Aufwendungen – mit Ausnahme der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus –, die darauf beruhen, dass der Versicherte die beim Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat; dies gilt auch, wenn Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden.²⁾

⁴Dies gilt nicht für Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger überleitet sind,

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,
3. die in den §§ 6 bis 10 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) des Ehegatten im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000 Euro 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). ²Die oberste Dienstbehörde kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern die Gewährung von Beihilfen zulassen,
4. Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind,

5. Aufwendungen für Beamte, denen auf Grund von § 70 Bundesbesoldungsgesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften Heilfürsorge zusteht,
6. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. ²Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig,
7. Aufwendungen, die bereits auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4 Abs. 2 und 3 Satz 2) beihilfefähig sind,
8. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verlangt wird,
9. Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

(5) Abweichend von Absatz 4 Nr. 4 sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 87a Bundesbeamtenengesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt.

¹⁾ § 240 Abs. 3a SGB V wurde m. W. v. 1. 1. 2004 durch Art. 1 Nr. 144 Buchst. b des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) v. 14. 11. 2003 (BGBl. I S. 2190) aufgehoben, so dass die Verweisung gegenstandslos geworden ist.

²⁾ § 5 Abs. 4 Satz 3 Buchst. b zweiter Halbsatz angefügt m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

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

1. ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen und Leistungen eines Heilpraktikers. ²Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2. ³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden,
- 2²⁾ die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei-, Verbandmittel und dergleichen.

³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesaus-

schusses aufgrund § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind,

b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Ausgenommen sind solche Arzneimittel, die nach den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch aufgrund von § 34 Abs. 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ausnahmsweise verordnet werden dürfen. Satz 2 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,

3. eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. ²Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. ³Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten²), Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister oder Podologen durchgeführt werden. Das Bundesministerium des Innern kann Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen festlegen,

4. Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. ²Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3. ³Dabei kann das Bundesministerium des Innern für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,

5. Erste Hilfe,

6.³) die vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch;

die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), und zwar

a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV, § 2 Abs. 2 KHEntgG)

b) Wahlleistungen¹)

aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPfIV, §§ 16 und 17 KHEntgG),

bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 BPfIV, §§ 16 und 17 KHEntgG) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich,

cc) andere im Zusammenhang damit berechnete Leistungen im Rahmen der Nummern 1 und 2.

²Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind die Kosten für Leistungen bis zur

Höhe der Aufwendungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung beihilfefähig,

7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); 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:

a) Fahrkosten,

b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben 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 (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag),

8.¹) eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu 6,00 Euro stündlich, höchstens 36,00 Euro täglich. ²Voraussetzung ist, dass

a) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (Nummern 6 und 10 Buchstabe a, §§ 7, 8 und 9 Abs. 7) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,

b) im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,

c) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann, und

d) die sonst den Haushalt führende beihilfe-berechtigte oder berücksichtigungsfähige Person – ausgenommen Alleinerziehende – nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist.

³Dies gilt auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung. ⁴Die Aufwendungen im Todesfall der haushaltführenden Person (Buchstabe a) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig. ⁵Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend. ⁶Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfsberechtigte 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 Nummer 7 Satz 3 genannten Personen sind – mit Ausnah-

me notwendiger Fahrtkosten bis zu 36,00 Euro täglich – nicht beihilfefähig,

9.³⁾Fahrten

- a) 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,
- b) als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- c) 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 Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
- d) zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationärer ersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, 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 200,00 Euro,
- e) zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.

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

10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich. ²Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich beihilfefähig. ³Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
- b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 5,50 Euro täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 9 Abs. 7 oder 9,

11. Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen

der Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. ²Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen,

12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,

- 13.¹⁾ eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel. ²Die Regelungen des § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Krankenkasse die Festsetzungsstelle tritt,

- 14.¹⁾ eine Sterilisation, die aufgrund einer Krankheit erforderlich ist.

(2) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode begrenzen oder ausschließen.

(3) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für bestimmte ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen, insbesondere der Kieferorthopädie, vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen.

(4) 1) ¹Werden Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 3 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von § 5 Abs. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 3 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind, beihilfefähig. ²Eine Komplextherapie wird von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht, dem auch Ärzte, Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen im Sinne von Absatz 1 Nr. 3 Satz 3 angehören müssen.

(5) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließen für

1. Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden,
2. unwirtschaftliche Arzneimittel,
3. Heilbehandlungen und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis.

²⁾ § 6 Abs. 1 Nr. 2 neu gefasst durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBL. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240). Die Neuregelung ist am 21. 7. 2004 (Tag nach der Verkündung der Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung vom 12. 7. 2004; BGBl. I S. 1611) in Kraft getreten und im Bundesbereich für ab dem 1. 8. 2004 entstehende sowie in Niedersachsen für ab dem 1. 9. 2004 entstehende Aufwendungen anzuwenden (RdSchr. d. BMI v. 20. 7. 2004 [GMBL. S. 974]/RdErl. d. Nds. MF v. 21. 7. 2004 [Nds. MBl. S. 523]).

Bis zum In-Kraft-Treten der Neuregelung war § 6 Abs. 1 Nr. 2 in der folgenden Fassung anzuwenden:

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

2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen.

Sind für Arznei- und Verbandmittel Festbeträge festgesetzt, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig; Beträge nach Satz 1 sind vom Festbetrag abzuziehen.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
- b) Mund- und Rachentherapeutika,
- c) Abführmittel,
- d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit.“

³⁾ § 6 Abs. 1 Nr. 6 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBI. 2004 S. 240).

⁴⁾ **In Niedersachsen sind die Aufwendungen für Wahlleistungen seit dem 1. 1. 2005 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen** (§ 87c Abs. 2 NBG in der durch Art. 4 Nr. 3 HBegleitG 2005 vom 17. 12. 2005, Nds. GVBl. S. 664, geänderten Fassung), nachdem die Berücksichtigungsfähigkeit dieser Leistungen bereits zuvor erheblichen Beschränkungen unterworfen war.

¹⁾ § 6 Abs. 1 Nr. 8 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBI. 2004 S. 240).

²⁾ § 6 Abs. 1 Nr. 9 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBI. 2004 S. 240).

¹⁾ § 6 Abs. 1 Nr. 13 und 14 und Abs. 4 eingefügt m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBI. 2004 S. 240).

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

(1)¹⁾ Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums und unter Minderung nach § 12 Abs. 1. ²⁾Für Begleitpersonen schwerbehinderter Menschen sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist, dass

- a) die Notwendigkeit einer Begleitperson behördlich festgestellt ist und
- b) die Notwendigkeit ihrer Anwesenheit für eine Erfolg versprechende Behandlung durch das Sanatorium bestätigt wurde,

3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,

4. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
5. für den ärztlichen Schlussbericht und

6. für die An- und Abreise in Höhe von 0,20 Euro je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200 Euro, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. ³⁾Die Entfernungskilometer bestimmen sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Sanatorium zurückzulegenden Strecke. ⁴⁾Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

(2) ¹⁾Die Aufwendungen nach Absatz 1 Nr. 2 bis 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. ²⁾Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(3) ¹⁾Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. ²⁾Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden

1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung,
2. in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist; in diesen Fällen ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen,
3. bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

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

¹⁾ § 7 Abs. 1 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBI. 2004 S. 240).

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

(1) Aufwendungen für eine Heilkur sind nur beihilfefähig für Beamte und Richter (§ 2 Abs. 1 Nr. 1) mit Dienstbezügen, Amtsbezügen und Beamte mit Anwärterbezügen.

(2)³⁾ 1 Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens drei Wochen bis zum Betrag von 16,00 Euro täglich, für notwendige Begleitpersonen von schwerbehinderten Menschen im Sinne von § 7 Abs. 1 Nr. 2 bis zum Betrag von 13,00 Euro täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 Euro täglich beziehungsweise 10,00 Euro täglich für die Begleitperson hinausgehen,
3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
4. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
5. für den ärztlichen Schlussbericht und
6. für die An- und Abreise nach § 7 Abs. 1 Nr. 6.

³⁾ Sofern die Aufwendungen nach den Nummern 1 und 2 pauschal in Rechnung gestellt werden und für diese eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis unter Minderung nach § 12 Abs. 1 begrenzt.

(3) ¹⁾ Die Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und 6¹⁾ sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes, ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. ²⁾ Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(4) ¹⁾ Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur ist nicht zulässig,

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. ²⁾ Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während der Elternzeit und der Beurlaubung nach § 72a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 7 des Bundesbeamtengesetzes²⁾ oder § 48a Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 Deutsches Richtergesetz sowie während einer Zeit, in der der Beihilfeberechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,
2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. ²⁾ Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schweren chronischen Leiden, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwin-

genden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,

3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
4. wenn bekannt ist, dass das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
5. solange der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

(5) Bei Anwendung des Absatzes 4 Nr. 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei

1. Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage,
2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden,

der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.

(6) Heilkur im Sinne dieser Vorschrift ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis enthaltenen Kurort durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein.

(7)¹⁾ ¹⁾ Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als gleichwertig anerkannten Einrichtung, sind nach Maßgabe des Absatzes 2 für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig. ²⁾ Die Absätze 3 und 4 gelten sinngemäß. ³⁾ Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen.

²⁾ § 8 Abs. 2 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

¹⁾ § 8 Abs. 3 Satz 1 geändert m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

²⁾ § 8 Abs. 4 Satz 2 geändert m. W. v. 1. 3. 2001 durch RdSchr. d. BMI v. 20. 2. 2001 (GMBI. S. 186)/RdErl. d. Nds. MF v. 5. 3. 2001 (Nds. MBl. S. 297) und m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

¹⁾ § 8 Abs. 7 angefügt m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) ¹⁾ Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 6 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig. ²⁾ Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuel-

len Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. ³Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. ⁴Bei Personen nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch wird entsprechend Absatz 6 Satz 1 verfahren.

(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 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße 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) ¹Bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig die Aufwendungen für Pflegebedürftige

1. der Stufe I bis zu dreißig Pflegeeinsätzen monatlich,
2. der Stufe II bis zu sechzig Pflegeeinsätzen monatlich,
3. der Stufe III bis zu neunzig Pflegeeinsätzen monatlich.

²Bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand der Stufe III sind auch Aufwendungen für zusätzliche Pflegeeinsätze beihilfefähig, insgesamt höchstens bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag).

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

- | | |
|-----------------|--------------|
| 1. in Stufe I | 205,00 Euro, |
| 2. in Stufe II | 410,00 Euro, |
| 3. in Stufe III | 665,00 Euro. |

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.

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

(6) ¹Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen des Absatzes 3 in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 5 Abs. 3 und § 14 sind hierbei nicht anzuwenden. ²Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 3 beihilfefähig.

(7)¹ ¹Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. ²Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

1. 1023,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
2. 1249,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
3. 1432,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,
4. 1688,00 Euro für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Härtefall anerkannt sind.

³Absatz 6 Satz 1 gilt entsprechend. ⁴Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen 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 des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. ⁶Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehaltes der Besoldungsgruppe A 9 Bundesbesoldungsgesetz
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 vom Hundert des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 vom Hundert des Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 vom Hundert des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 vom Hundert des Einkommens,
3. bei allein stehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

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

(8) ¹Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen 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.

(9) 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 (§ 71 Abs. 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch), sind nach Art und Umfang des § 43a Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. ²Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 entsprechend.

¹) § 9 Abs. 7 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

§ 9a

Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen²)

¹Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische 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 im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. ³Darüber hinaus können Leistungen nach § 9 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.

²) § 9a eingefügt m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

(1) ¹Aus 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 Maße 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 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),

3. bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. ²Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.

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

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

³) § 10 Abs. 3 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung,
2. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 5, 6, 8 und 9,
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 § 6 Abs. 1 Nr. 7 gepflegt wird; 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 ist anzuwenden,
5. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 6 für das Kind.¹)

¹) § 11 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

§ 12

Eigenbehalte, Beistattungsgrenzen²)

(1) ¹Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich

1. um zehn vom Hundert der Kosten, mindestens um fünf Euro, höchstens um zehn Euro, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
 - a) Arznei- und Verbandmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 2,

- b) Hilfsmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 4, bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln höchstens um zehn Euro für den Monatsbedarf je Indikation,
 - c) Fahrtkosten im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 9,
2. um zehn Euro je Kalendertag bei
- a) vollstationären Krankenhausleistungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 Buchstabe a und Satz 2 und im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang an vollstationäre Krankenhausleistungen durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr,
 - b) Aufwendungen nach § 7 Abs. 1 Nr. 2,
 - c) Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Satz 2,
3. um zehn vom Hundert der Kosten und zehn Euro je Verordnung für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege nach § 6 Abs. 1 Nr. 7.

²Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von 10 Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigten und je berücksichtigungsfähigen Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen; dies gilt nicht für Aufwendungen nach Satz 3.

³Beträge nach Satz 1 und 2 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen Fahrten nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
- b) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- c) ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- d) Leistungen, soweit nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4 vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind.

(2) ¹Beträge nach Absatz 1 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten.

²Diese beträgt

- a) zwei vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5;
- b) für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, eins vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5.

³Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. ⁴Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. ⁵Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 vom Hundert und für jedes Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag. ⁶Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze

ist jeweils das jährliche Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Das Bundesministerium des Innern kann für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die sich besonders gesundheitsbewusst verhalten, indem sie regelmäßig an Vorsorgeprogrammen, Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und dergleichen teilnehmen, geringere als in Absatz 1 vorgesehene Abzugsbeträge festlegen.

²) § 12 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227) und v. 30. 1. 2004 (GMBI. S. 379)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240) und v. 3. 2. 2004 (Nds. MBl. S. 248).

§ 13

Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1)¹ Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach § 6 und den §§ 9 bis 11 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären. ²Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, hat die Festsetzungsstelle im Rahmen des Satzes 1 nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen festzustellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt. Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt.

(2) ¹Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. ²Die 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. ³Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nach Maßgabe der Absätze 1 und 3 zulässig,²)
3. sie für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen 550,00 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

(3)¹⁾ Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinne von § 7 Abs. 1 und § 8 Abs. 2 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, die Voraussetzungen des § 8 vorliegen und
2. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

²⁾Die Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, 3, 5 und 6 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

¹⁾ § 13 Abs. 1 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

²⁾ § 13 Abs. 2 Nr. 2 Satz 3 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

³⁾ § 13 Abs. 3 neu gefasst m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

§ 14

Bemessung der Beihilfen

(1) ¹⁾Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). ²⁾Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

1. den Beihilfeberechtigten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sowie für den entpflichteten Hochschullehrer 50 vom Hundert,
2. den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist, 70 vom Hundert,
3. den berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 vom Hundert,
4. ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, 80 vom Hundert.

³⁾Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 70 vom Hundert; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 vom Hundert, die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. ⁴⁾Satz 2 Nr. 2 gilt auch für den entpflichteten Hochschullehrer, dem aufgrund einer weiteren Beihilfeberechtigung nach § 2 Abs. 1 Nr.

2, die jedoch gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 2 nachrangig ist, ein Bemessungssatz von 70 vom Hundert zustehen würde.²⁾

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

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,¹⁾
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter.

(3) ¹⁾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 vom Hundert, jedoch höchstens auf 90 vom Hundert. ²⁾Ab 1. Juli 1994 gilt Satz 1 nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt.

(4) ¹⁾Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 vom Hundert der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. ²⁾Dies gilt nicht, wenn sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes bemisst (§ 240 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch³⁾), oder wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 21,00 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird.

(5) ¹⁾Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Personen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses mindestens in Höhe von 41,00 Euro monatlich gewährt wird, ermäßigt sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 vom Hundert. ²⁾Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

(6) ¹⁾Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen,

1. für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,
2. im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind. ²⁾Eine Erhöhung ist ausgeschlossen in Fällen des § 9.

³⁾Die oberste Dienstbehörde kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen.

¹⁾ § 14 Abs. 1 Satz 4 angefügt m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

²⁾ § 14 Abs. 2 Nr. 1 geändert m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

³⁾ § 240 Abs. 3a SGB V wurde m. W. v. 1. 1. 2004 durch Art. 1 Nr. 144

Buchst. b des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) v. 14. 11. 2003 (BGBl. I S. 2190) aufgehoben, so dass die Verweisung gegenstandslos geworden ist.

§ 15

Begrenzung der Beihilfen

(1) ¹Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. ²Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen – soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 Elftes Buch Sozialgesetzbuch dienen – unberücksichtigt. ³Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird.

(2) ¹Die in Absatz 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 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 §§ 8, 9 werden getrennt abgerechnet.

(3)⁵ ¹Die Festsetzungsstelle kann mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. ²Dabei sollen auch feste Preise vereinbart werden, die deutlich unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen.

⁵) § 15 Abs. 3 angefügt m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBL 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

§ 16

Beihilfen nach dem Tode 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. ³Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod. ³Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.¹)

(2) ¹Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Absatz 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestell-

ten 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.

¹) § 16 Abs. 1 geändert m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBL 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

§ 17

Verfahren

(1) ¹Beihilfen müssen vom Beihilfeberechtigten schriftlich beantragt werden. ²Es sind die vom Bundesministerium des Innern herausgegebenen Formblätter zu verwenden; zulässig sind auch amtliche EDV-Ausdrucke.

(2) ¹Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200,00 Euro betragen. ²Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15,00 Euro übersteigen.

(3) ¹Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. ²Verordnete Arzneimittel müssen auf dem Rezept eine Pharmazentralnummer aufweisen, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden. ¹) ³Würden mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfen zustehen, wird eine Beihilfe nur dem gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für die Gewährung von Beihilfen zu Aufwendungen für Halbweisen.

(4) ¹Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege der Festsetzungsstelle vorzulegen. ²Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheimzuhalten. ³Sie dürfen nur für den Zweck verwandt werden, für den sie bekanntgegeben sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Berechtigung oder Verpflichtung zur Offenbarung oder der Beihilfeberechtigte oder der Angehörige ist damit schriftlich einverstanden.

(5) ¹Als Festsetzungsstellen entscheiden

1. die obersten Dienstbehörden über die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden über die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs,
3. die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger.

²Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln.

(6) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich zu machen.

(7) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

(8) Ist in den Fällen des § 7 Abs. 2 Nr. 2 und § 13 Abs. 2 Nr. 2 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.

(9) 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 § 9 Abs. 4 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde und bei Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend.² ³Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

¹) § 17 Abs. 3 Satz 2 eingefügt durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBI. 2004 S. 240). Die Neuregelung ist am 21. 7. 2004 in Kraft getreten (Tag der Verkündung der Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung vom 12. 7. 2004; BGBl. I S. 1611).

²) § 17 Abs. 9 Satz 2 geändert m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBI. 2004 S. 240).

§ 18

Übergangs- und Schlussvorschriften

(1)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 Satz 2, 3 Beamtenversorgungsgesetz bezeichneten Waisen findet § 15 keine Anwendung, wenn diese Personen in dem genannten Zeitpunkt in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind und solange dieser Tarif beibehalten wird.

(2)¹ Für Personen, die am 31. März 1959 nicht versichert waren, das 60. Lebensjahr zu diesem Zeitpunkt vollendet und bis zum 31. Dezember 1959 nachgewiesen hatten, dass sie von keiner Krankenversicherung mehr aufgenommen werden, können die bisherigen, nach Nummer 13 Abs. 8 Ziff. 2 der Beihilfevorschriften vom 13. März 1959 erhöhten Bemessungssätze auch weiterhin angewendet werden.

(3)² Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 vom Hundert.

(4) § 2 Abs. 4 Nr. 3 und § 4 Abs. 4 gelten für Personen, denen Leistungen nach § 19 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Abgeordnetenhauses von Berlin zustehen, nur dann, wenn sie diese Leistungen in Anspruch nehmen.

(5) Das Bundesministerium des Innern regelt nach Anhörung des Auswärtigen Amtes, mit welchen Abweichungen diese Verwaltungsvorschriften auf die in das Ausland abgeordneten Beamten und die Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland anzuwenden sind.

(6) Diese Verwaltungsvorschriften gelten nicht für die Deutsche Bundesbahn und diejenigen Beamten des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.

(7) Die Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium des Innern für die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse besondere Vorschriften erlassen.

¹) § 18 Abs. 1 und 2 durch Zeitablauf gegenstandslos.

²) § 18 Abs. 3 geändert m. W. v. 1. 1. 2004 durch RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBI. 2004 S. 240).

Artikel 2

Inkrafttreten

Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Artikel 2 BhV 1995

Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation

(1) Beihilfefähig nach Artikel 1 sind auch die Aufwendungen

1. für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden 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.

(2) Aus Anlaß eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs oder einer nicht rechtswidrigen Sterilisation sind nach Maßgabe des Artikels 1 beihilfefähig die in Artikel 1 § 6 Abs. 1 Nr. 1, 2, 6, 8 bis 10 Buchstabe a bezeichneten Aufwendungen.

(3) Artikel 1 §§ 14, 15 und 17 findet Anwendung.

Anlage 1
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1. Allgemeines

1.1 ¹Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig.

²Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

1.2 ²Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. ³Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z. B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.

1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 4 schließen sich aus.

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

2.1 ¹Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

²Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. ³Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

2.2 Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z. B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

2.3 ¹Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

2.3.1 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das

Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. ²Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ³Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. ⁴Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.5 bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. ²Abweichungen bedürfen der Begründung. ³Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.

2.4.1 ¹Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. ²Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. ³Ein Arzt mit der Bereichs-

oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“, kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

2.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz – PsychThG – kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

2.4.2.2 ¹Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- 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.

²Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. ³Ein Psychologischer Psychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.3.1 Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

2.4.3.2 ¹Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

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

²Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. ³Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der über eine abge-

schlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.4 ¹Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

²Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

2.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

3. Verhaltenstherapie

3.1 ¹Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

²Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig. ³Dies gilt auch dann, wenn sich die Verhaltenstherapie als nicht notwendig erweist.

⁴Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50minütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. ⁵Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. ⁶Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung

durch die Festsetzungsstelle aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. schicksalhafte psychische Traumata),
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische 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.

3.3 ¹Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung

- 40 Sitzungen,
- bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen 50 Sitzungen nicht überschreiten.

²Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten sind die Aufwendungen für 40 Sitzungen beihilfefähig. ³Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. ⁴Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁵Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

3.4.1 ¹Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. ²Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis

erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnis und Erfahrungen in Verhaltenstherapie haben.

3.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

3.4.2.2 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

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

3.4.3 ¹Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

²Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

3.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

4. Psychosomatische Grundversorgung

Die psychosomatische Grundversorgung umfasst verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und die Anwendung übender und suggestiver Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie, Hypnose).

4.1 ¹Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:

- bei verbaler Intervention als einzige Leistung 25 Sitzungen;
- bei autogenem Training und bei der Jacobsonischen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;

- bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

²Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kinderheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für Urologie durchgeführt wird.

4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.

4.4 ¹Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. ²Autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

5. Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

¹Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heileurythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, neuropsychologische Behandlung.

²Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

³Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

Anlage 2

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den folgenden Maßgaben beihilfefähig.

1. Zahntechnische Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nummern 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik – außer Glaskeramik, nach Nummer 7 Buchstabe b – sind zu 60 vom Hundert¹⁾ beihilfefähig.

2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

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

3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

¹⁾Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),
- Zahnbetterkrankungen – Parodontopathien –,
- umfangreiche Gebiss-Sanierung, d. h. wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

²⁾Außerdem ist der erhobene Befund mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt zu belegen.

4. Implantologische Leistungen

¹⁾Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

- a) Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
- b) Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
- c) Fixierung einer Totalprothese.

²⁾Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig; Aufwendungen für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

¹⁾Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen

je Seitenzahngebiet beihilfefähig. ²⁾Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselementen, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgung, beihilfefähig.

³⁾Werden durch mehrere Einzelbrücken je Kiefer im Einzelnen nicht mehr als drei beziehungsweise vier fehlende Zähne, insgesamt aber mehr als vier fehlende Zähne ersetzt, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

6. Wartezeit für Beamte auf Widerruf

¹⁾Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nummern 214 bis 217, 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. ²⁾Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. ²⁾Dies gilt ferner nicht, wenn der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden,
- Glaskeramik einschließlich der anfallenden Nebenkosten, wie Charakterisierung.

1) Ab 1. 1. 2005 = 40 vom Hundert gem. Art. 1 Nr. 19 i. V. m. Art. 2 Abs. 2 der AllgVV vom 17. 12. 2003; abgedruckt als Anlage zum RdSchr. d. BMI v. 18. 12. 2003 (GMBI. 2004 S. 227)/RdErl. d. Nds. MF v. 19. 12. 2003 (Nds. MBl. 2004 S. 240).

Anlage 3

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 4)

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

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind – ggf. im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind:

- 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

- Anuspraeter-Versorgungsartikel
Anzieh-/Ausziehhilfen
Aquamat
Armmanschette
Armtragegurt/-tuch
Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprüfung)
Aufrichteschlaufe
Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)
Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen
Augenschielklappe, auch als Folie
- Badestrumpf
Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritis)
Badewannenverkürzer
Ballspritze
Behinderten-Dreirad
Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
Bettnässer-Weckgerät
Beugebandage
Billroth-Batist-Lätzchen
Blasenfistelbandage
Blindenführhund (einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
Blindenschriftmaschine
Blindenstock/-langstock/-taststock
Blutlanzette
Blutzuckermessgerät
Bracelet
Bruchband
- Closett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)
- 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
Druckbeatmungsgerät
Duschsitz/-stuhl
- Einlagen (orthopädische)
Einmal-Schutzhose bei Querschnittsgelähmten
Ekzem-Manschette
Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
Ergometer nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle, jedoch nicht Fahrradergometer
Ernährungssonde
- Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
Fingerling
Fingerschiene
Fixationshilfen
(Mini) Fonator
- Gehgipsgalosse
Gehhilfen und -übungsgeräte
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien
Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)
Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)
Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
Gipsbett, Liegeschale
Glasstäbchen
Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz
Gummistrümpfe
- Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
Handgelenkriemen
Hebekissen
Heimdialysegerät
Helfende Hand, Scherenzange
Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör
Hörgeräte (HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte bis zur Höhe der Kosten von HdO-Geräten)
Hüftbandage (z. B. Hohmann-Bandage)
- 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
- Kanülen und Zubehör
Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
Klumpfußschiene
Klumphandschiene
Klyso
Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation
Knöchel- und Gelenkstützen
Körperersatzstücke einschl. Zubehör
Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
Koordinator nach Schielbehandlung
Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
Kopfschützer
Krabbler für Spastiker
Krampfaderbinde
Krankenfahrstuhl mit Zubehör
Krankenstock
Kreuzstützbandage
Krücke
- Latextrichter bei Querschnittlähmung
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
Lesegeräte für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen

Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)	Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige	Tragegurtsitz
Lifter (Krankenslifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)	Übungsschiene
Lispelsonde	Urinale
	Urostomie-Beutel
	Vibrationstrainer bei Taubheit
Mangoldsche Schnürbandage	Wasserfeste Gehhilfe
Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen	Wechseldruckgerät
Milchpumpe	Wright-Peak-Flow-Meter
Mundsperrerr	
Mundstab/-greifstab	Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.
Narbenschützer	
Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. ä., auch Haltemanschetten usw.	2. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.
Orthonyxie-Nagelkorrekturspange	
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen	3. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.
Pavlikbandage	
Penisklemme	4. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
Peronausschiene, Heidelberger Winkel	
Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung	5. ¹ Die innerhalb eines Kalenderjahres über 100,00 Euro hinausgehenden Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig. ² Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
Polarimeter	
Quengelschiene	6. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind beihilfefähig.
Reflektometer	
Rektophor	7. ¹ Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512,00 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. ² Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. ³ Die 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 Zeitraumes die Kopfform geändert hat.
Rollbrett	
Rutschbrett	8. Aufwendungen für Erektionshilfen sind nicht beihilfefähig.
Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen	9. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 5 Abs. 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 6 Abs. 4 Nr. 3) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:
Schede-Rad	Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk
Schrägliegebrett	Adju-Set/-Sano
Schutzbrille für Blinde	Angorawäsche
Schutzhelm für Behinderte	Aqua-Therapie-Hose
Schwellstromapparat	Arbeitsplatte zum Rollstuhl
Segofix-Bandagensystem	Augenheizkissen
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	
(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar	
Teleskoprampe	
Tinnitus-Masker, auch in Kombination mit Hörgeräten	
Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten	

Autofahrerrückenstütze	Katapultsitz
Autokindersitz	Katzenfell
Autokofferraumlifter	Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 1 erfasst)
Autolifter	Knickfußstrumpf
Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte	Knoche Natur-Bruch-Slip
Bandagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)	Kolorimeter
Basalthermometer	Kommunikationssystem
Basisrampe	Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung
Bauchgurt	Krankbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidecubitusbett)
Behindertenstuhl „eibe“	Krankenunterlagen
Berkemannsandalen	Kreislaufgerät „Schiele“
Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie	Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze	Language-Master
Bett-Tisch	Lingaduc-Schreibmaschine
Bidet	Luftpolsterschuhe
Bill-Wanne	Luftreinigungsgeräte
Blinden-Schreibsystem	Magnetfolie
Blinden-Uhr	Monophonator
Blutdruckmessgerät	Munddusche
Brückentisch	Nackenheizkissen
Corolle-Schuh	Nagelspange Link
Dusche	Öldispersionsapparat
Einkaufsnetz	Orthopädische Bade- und Turnschuhe
Einmal-Handschuhe	Prothesenschuh
Eisbeutel und -kompressen	Pulsfrequenzmesser
Elektrische Schreibmaschine	Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben
Elektrische Zahnbürste	Rotlichtlampe
Elektrofahrzeuge (z. B. LARK, Graf Carello)	Rückentrainer
Elektro-Luftfilter	Salbenpinsel
Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)	Sauerstoffgeräte
Elektronisches Notizbuch	Schlaftherapiegerät
Ess- und Trinkhilfen	Sicherheitsschuh, orthopädisch
Expander	Spezialsitze
Farberkennungsgerät	Spirometer
Fieberthermometer	Spranzbruchband
(Funk-)Lichtwecker	Sprossenwand
Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)	Sterilisator
Ganter-Aktiv-Schuhe	Stimmübungssystem für Kehlkopflose
(Mini) Garage für Krankenfahrzeuge	Stockroller
Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)	Stockständer
Handtrainer	Stützstrümpfe
Hängeliege	Stufenbett
Hantel (Federhantel)	SUNTRONIC-System (AS 43)
Hausnotrufsystem	Taktellgerät
Hautschutzmittel	Tamponapplikator
Heimtrainer	Tandem für Behinderte
Heizdecke/-kissen	Telefonverstärker
Hilfsgeräte für die Hausarbeit	Telefonhalter
Holzsandalen	Therapeutische Wärmesegmente
Höhensonne	Therapeutisches Bewegungsgerät
Hörkissen	Transit-Rollstuhl
Hörkragen Akusta-Coletta	Treppenlift, Monolift, Plattformlift
Intraschallgerät „NOVAFON“	Tünkers Butler
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)	Übungsmatte
Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100)	Umweltkontrollgerät
Ionopront, Permax-Sauerstoffzeuger	Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen

Waage

Wandstandgerät

WC-Sitz

Zahnpflegemittel

Zehenkorrektursandale

Zweirad für Behinderte.

10. ¹Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in dieser Anlage aufgeführt noch den aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern. ²Das Bundesministerium des Innern kann das Einvernehmen bei einzelnen Hilfsmitteln oder bei Gruppen von Hilfsmitteln allgemein erteilen. ³Soweit das Einvernehmen allgemein erteilt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen.

11. Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

11.1 ¹Sehhilfen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind beihilfefähig. ²Voraussetzung für die Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes. ³Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.

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

- a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis + 6 Dioptrien (dpt):
 - Einstärkengläser:
 - für das sph. Glas 31,00 Euro
 - für das cyl. Glas 41,00 Euro
 - Mehrstärkengläser:
 - für das sph. Glas 72,00 Euro
 - für das cyl. Glas 92,50 Euro
- b) bei Gläserstärken über ± 6 Dioptrien (dpt): zuzüglich je Glas 21,00 Euro
- c) Dreistufen- oder Multifokalgläser: zuzüglich je Glas 21,00 Euro
- d) Gläser mit prismatischer Wirkung: zuzüglich je Glas 21,00 Euro.

11.3 Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nr. 11.2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

11.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas

bis zu 21,00 Euro

- a) bei Gläserstärken ab ± 6 dpt,
- b) bei Anisometropien ab 2 dpt,
- c) unabhängig von der Gläserstärke

aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,

bb) bei Patienten 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,

cc) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

11.3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser zuzüglich je Glas

bis zu 11 00 Euro

- a) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),
- b) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
- c) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht beherrschbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
- d) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
- e) bei Ziliarneuralgie,
- f) bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- g) bei totaler Farbenblindheit,
- h) bei Albinismus,
- i) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- j) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- k) bei Gläsern ab + 10 dpt,
 - l) im Rahmen einer Fotochemotherapie,
- m) bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

11.4 Kontaktlinsen

11.4.1 Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

11.4.2 Sofern ein Ausnahmefall nach Nummer 11.4.1 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 Euro (sphärisch) und 230,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.

11.4.3 Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.

11.4.4 Beihilfefähig sind ferner neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen – im Rahmen der Nr. 11.2 und 11.3 – Aufwendungen für

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

11.5 ¹Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 11.2 und 11.3 (die Voraussetzungen der Nummer 11.3.1 entfallen),
- b) für die Brillenfassung bis zu 52,00 Euro.

²Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohr Lupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u.ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.

11.6 Im Übrigen sind 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

- a) sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
- b) die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- c) sich die Kopfform geändert hat.

11.7 Aufwendungen für

- a) Brillenversicherungen und
- b) Etuis

sind nicht beihilfefähig.

12. ¹Beihilfefähig sind ferner nach schriftlicher Verordnung eines Augenarztes Sehhilfen nach Nummer 11 für Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähige Angehörige, die unter folgenden Erkrankungen leiden:

- a) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0) oder
- b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder
- c) gravierende Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
- d) erhebliche Gesichtsfeldausfälle.

²Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in

den nach § 33 Abs. 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Fällen beihilfefähig.

13. ¹Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) Anschaffungen zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,
- b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
 - aa) Unterrichtsstunde á 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden, 56,43 Euro
 - bb) Fahrzeitschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird, 44,87 Euro
 - cc) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels, 0,30 Euro
 - dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist, 26,00 Euro.

²Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezial Einrichtung (stationär) durchgeführt werden. ³Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

- c) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstabe b.
- d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. ²Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

³Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. ³Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist.

⁴Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

**Hinweise
zur Allgemeinen Verwaltungsvorschrift
für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
(Beihilfevorschriften – BhV –)**

– auszugsweise –

Zu § 1

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

Zu § 4

Zu Absatz 5

Wird einem teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines Beamten der aufgrund Tarifvertrags zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen (z. B. § 5 Abs. 4 Nr. 3) erfüllt sind. Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die aufgrund Tarifvertrag zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 5 Abs. 3 Satz 1). § 5 Abs. 4 Nr. 7 findet keine Anwendung. Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzung des § 9 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch des beamteten Ehegatten.

Zu § 5

Zu Absatz 1

1. Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ, § 1 Abs. 2 Satz 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

2. Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des § 10 beihilfefähig. Aufwendungen für andere vorbeugende Maßnahmen (z.B. ungezielte umfassende Untersuchungen – so genannte Check-up) sind nicht beihilfefähig.

3. Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Fahr- und Unterkunftskosten (§ 6 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Buchstabe a) notwendig, wenn es sich um einen Problemfall handelt. Ein Problemfall liegt nur dann vor, wenn dies durch einen Arzt ausdrücklich bestätigt wird.

4.1 Die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zugrunde zu legen sind. Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einfächsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne

Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.

4.2 Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 5 Abs. 1 Satz 2) sind die Gebühren nach der GOÄ/GOZ auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt/Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet.

Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten z.B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für alle anderen Benutzer verbindlich sind. Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden.

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

– Abschnitt B der GOÄ: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- bzw. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95;

– Abschnitt G der GOÄ: 808, 835, 845, 846, 847, 855; 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.

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

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

– besonders schwierig war oder

– einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder

– wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

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

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

5.3 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig (vgl. Hinweis 1). Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen i. S. der Beihilfevorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Hinweis Nummer 5.1, 5.2 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern zugelassen werden.

6. Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2 a SGB V) beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standardtarifs zählen, nach § 5 b GOÄ, § 5 a GOZ und § 1 Abs. 1 GOP i. V. m. § 5 b GOÄ.

7. Abrechnungen auf der Basis eines DKG-NT (Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft) sind in voller Höhe beihilfefähig.

8. Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen vergleiche die als Anhang 1 beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht.

9. Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. Wird das Einverständnis verweigert und kann die Berechtigung des Anspruchs nicht anderweitig nachgewiesen werden, wird eine Beihilfe nicht gewährt.

Zu Absatz 4 Nr. 1

1. Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel usw., die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden, sowie kieferorthopädische Behandlung) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z. B. der

Versorgungsverwaltung nach dem BVG. Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

2. Zum Personenkreis nach Satz 3 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249 a SGB V). Satz 3 gilt nicht für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn der Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag monatlich weniger als 21 Euro beträgt.

3. Da nach Satz 3 Buchstabe a bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig. Festbeträge können gebildet werden für

- Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
- Hilfsmittel (§ 36 SGB V).

Als Festbeträge gelten auch

- die Vertragssätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V,
- der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V,
- der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V sowie
- der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V.

4. Satz 3 Buchstabe b erfasst die Fälle, in denen sich der dort genannte Versicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lässt (z. B. privatärztliche Behandlung durch einen Kassenarzt). Hätte der Behandler im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung zu erbringen gehabt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. Gehört der Behandler oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Behandlerkreis, findet § 5 Abs. 3 Sätze 3 und 4 Anwendung.

5. Für Personen, die Leistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG oder hierauf Bezug nehmender Vorschriften erhalten, sowie für berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, ist Satz 3 nicht anzuwenden.

Zu Absatz 4 Nr. 2

Zuzahlungen bzw. Kostenanteile nach §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 3, 31 Abs. 3, 32 Abs. 2, 39 Abs. 4, 40 Abs. 5, 41 Abs. 3 und 60 Abs. 2 SGB V oder entsprechenden Regelungen sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V oder entsprechenden Regelungen ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Von der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. Bei den nicht durch Zuschüsse der Kasse gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen bzw. Kostenanteile.

Zu Absatz 4 Nr. 3

1. Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:

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

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

2. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte keine Einkünfte mehr über 18000 Euro und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze nach Nummer 3 nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr die Einkommensgrenze überschritten haben.

Zu § 6

Zu Absatz 1

Legasthenie ist keine Erkrankung i. S. des § 6 Abs. 1. Aufwendungen für eine derartige Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 1

1. Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.

2. Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 2

1. Grundsätzlich sind seit dem 1. August 2004¹⁾ nur noch verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der Verordnung ausgeschlossen. Hierzu gehören insbesondere Lifestyle-Arzneimittel zur Behandlung von erektiler Dysfunktion, Nikotinabhängigkeit, Verbesserung des Haarwuchses sowie Abmagerungsmittel, die in Anlage 8 der Richtlinie zu § 34 Abs. 1 n. F. SGB V explizit aufgeführt sind (www.g-ba.de).

2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind, es sei denn, in Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) ist etwas anderes bestimmt. Zu dieser Arzneimittelgruppe gehören auch Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie. Voraussetzung für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist die Angabe der Diagnose. Falls diese nicht aus vorliegenden Liquidationen oder Unterlagen zu erkennen ist, ist vom Beihilfeberechtigten eine Bestätigung des behandelnden Arztes beizubringen.

3. Bei den homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist zu beachten, dass nach den Grundsätzen der klassischen Homöopathie jede Behandlung mit einem individuell auf den Patienten, sein Persönlichkeitsprofil und sein jeweiliges Krankheitsbild abgestimmten Arzneimittel erfolgt. Das gleiche Arzneimittel kann dadurch bei ganz unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt werden. Bei diesen Mitteln ist daher ausschließlich auf eine Diagnose nach Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) abzustellen.

4. Bei der Verordnung von Arzneimitteln durch Heilpraktiker gelten die gleichen Bestimmungen.

¹⁾ Im Land Niedersachsen seit dem 1. September 2004

Zu Absatz 1 Nr. 3

1. Die in Satz 3 genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung durch staatlich anerkannte Sprachtherapeuten (Bestimmung über die Ausbildung und Prüfung an Fachschulen für Sprachtherapie, RdErl. vom 30. Juli 1979, Nds. MBl. S. 1499) oder staatlich geprüfte Atem-, Sprech und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen (Verordnung für berufsbildende Schulen vom 7. Juni 1990, Nds. GVBl. S. 157) im Rahmen des Hinweises 3, Abschnitt VIII. (Logopädie) als beihilfefähig anerkannt werden. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.

2. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für die in Hinweis 3 genannten Heilbehandlungen. Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilbehandlungen, die weder im Hinweis 3 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern.

2.1 Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses – sind bei Vorliegen folgender Voraussetzungen beihilfefähig:

2.1.1 Erweiterte ambulante Physiotherapie

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

2.1.1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

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

2.1.1.2 Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen
- Osteotomien der großen Röhrenknochen

2.1.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit

- Schulterprothesen
- Knieendoprothesen
- Hüftendoprothesen

2.1.1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

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

2.1.1.5 Amputationen

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

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

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

- Krankengymnastische Einzeltherapie
- physikalische Therapie nach Bedarf
- medizinisches Aufbautraining

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

- Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
- Isokinetik
- Unterwassermassage.

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

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

2.2 Medizinisches Aufbautraining (MAT)

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

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

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt. Hinsichtlich der Angemessenheit der Kosten siehe Anhang 1 zu Hinweis 8 zu § 5 Abs. 1 und Nr. 15 des Hinweises 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 BhV.

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

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

lfd. Nr.	Leistung	beihilfe-fähiger Höchst-betrag in Euro	lfd. Nr.	Leistung	beihilfe-fähiger Höchst-betrag in Euro
I. Inhalationen¹⁾					
1	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70		b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
2	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60	10	Bewegungsübungen ²⁾	7,70
	b) Inhalationstherapie auch – mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70	11	a) Krankengymnastische Behandlung/ Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,60
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30		b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	11,80
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80	12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ³⁾⁶⁾ , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen					
4	Krankengymnastische Behandlung ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage –	19,50	13	Chirogymnastik ⁷⁾ – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40
5	Krankengymnastische Behandlung ²⁾³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10	14	Erweiterte ambulante Physiotherapie ¹⁰⁾¹¹⁾ , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
6	Krankengymnastische Behandlung ²⁾⁵⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30	15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT) ¹²⁾	35,00
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20		Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	
8	Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80	16	Extensionsbehandlung (z. B. Glisson-schlinge)	5,20
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30	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

lfd. Nr.	Leistung	beihilfe-fähiger Höchst-betrag in Euro	lfd. Nr.	Leistung	beihilfe-fähiger Höchst-betrag in Euro
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾		e)	Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50	f)	Trockenpackung	3,10
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20	23 a)	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	8,70	b)	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10	c)	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder					
21	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30	24 a)	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30
22 a)	Warmpackung eines oder mehrerer Körper einschließlich der erforderlichen Nachruhe –		b)	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	20,00
	– bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80	25 a)	Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	9,20
	– bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid		b)	Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30
	– Teilpackung	20,50	26	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,00
	– Großpackung	28,20	27 a)	Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80
b)	Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,90	b)	Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	39,90
c)	Kaltpackung (Teilpackung)		28	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
	– Anwendung von Lehm, Quark o. Ä.	7,70	a)	Teilbad	28,70
	– Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40	b)	Vollbad	32,80
d)	Heublumensack, Peloidkompre	9,20	29	Sole-Foto-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Fototherapie (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

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro	lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer		XI Podologische Therapie¹³⁾		
a)	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90	55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
b)	Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40	56	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)			57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70	58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
50	Einzelbehandlung		59	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung, und Nagelbearbeitung)	26,10
a)	bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70	60	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
b)	bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50	61	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
c)	bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80	62	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 61 abrechenbar); je Person	3,50
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70	¹⁾ Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig. ²⁾ Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden. ³⁾ Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden. ⁴⁾ Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden. ⁵⁾ Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden. ⁶⁾ Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden. ⁷⁾ Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden. ⁸⁾ Das notwendige Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig. ⁹⁾ Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig. ¹⁰⁾ Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden. ¹¹⁾ Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig. ¹²⁾ Die Leistungen der Nummern 4 – 6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden. ¹³⁾ Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.		
52	Gruppenbehandlung				
a)	Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40			
b)	bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70			
X. Sonstiges					
53	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20			
54	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels				
Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 53 und 54 nur anteilig je Patient beihilfefähig.					

4. Im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind die Aufwendungen für Heilbehandlungen nur beihilfefähig, sofern sie durch einen in Satz 3 genannten Behandler durchgeführt werden.

Dabei gilt Folgendes:

4.1 Art und Umfang der durchgeführten Heilbehandlung sind nachzuweisen. Aufwendungen hierfür sind im Rahmen der im Hinweis 3 genannten Höchstbeträge beihilfefähig. Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.

4.4 Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, können z. B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten und die in Hinweis 2 zu Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b genannten Einrichtungen sein.

Zu Absatz 1 Nr. 4

3. Aufwendungen für Hörgeräte nach Nummer 1 der Anlage 3 (einschließlich der Nebenkosten) sind bis zu einem Höchstbetrag von 1.025 Euro je Ohr beihilfefähig. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung sind daneben beihilfefähig.

4. Die Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind für maximal 6 Paar Schuhe pro Jahr anzuerkennen.

5. Aufwendungen für Sehhilfen sind grundsätzlich nur noch für Personen bis zum 18. Lebensjahr beihilfefähig. Ausnahmen hiervon sind in Nummer 12 der Anlage 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 geregelt.

5.1 Sehhilfen für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind unter Beachtung der Höchstsätze nach Nummer 11 beihilfefähig, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifizierung des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Eine schwere Sehbehinderung, die zur Versorgung zu Lasten der Beihilfe führen kann, liegt somit nur vor, wenn die Sehschärfe (Visus) auf jedem Auge maximal 0,3 beträgt. 0,3 bedeutet, dass der Patient aus drei Meter Entfernung das sehen kann, was ein Normalsichtiger aus zehn Meter Entfernung sehen kann. Besteht bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf einem Auge eine Sehleistung von $\leq 0,3$ (kleiner oder gleich 30 %), auf dem anderen bei bestmöglicher Korrektur eine Sehbehinderung von $> 0,3$ (größer als 30 %), besteht kein Leistungsanspruch. Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3 auf einem Auge allein reicht somit für einen Leistungsanspruch nicht aus.

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

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

– **H 54.0 Blindheit beider Augen**

Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

– **H 54.1 Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges**

Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung eines Auges, Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung des anderen Auges.

– **H 54.2 Sehschwäche beider Augen**

Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

– **Erhebliche Gesichtsfeldausfälle**

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

Hemianopsie

Quadrantenanopsie

Skotom

Tunnel- oder Röhrensehen

Maculadegeneration

anerkannt werden.

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

5.2 Therapeutische Sehhilfen

Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen gemäß Nummer 12 Satz 2 der Anlage 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 sind altersunabhängig und für alle Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit richtet sich dabei nach den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkasse über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung „Hilfsmittel-Richtlinien“), in denen die Indikationen für therapeutische Sehhilfen festgelegt sind. Es gelten die für die Hilfsmittel vorgesehenen Abzugsbeträge.

Zu Absatz 1 Nr. 9

1. Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig erkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

2. Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung können in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig sein. Diese Fahrten bedürfen dem Grunde nach der vorherigen Genehmigung der Festsetzungsstelle. Die Genehmigung der Fahrkosten zur Beihilfefähigkeit von ambulanten Behandlungen gilt als erteilt, wenn

- der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung); „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegt oder die Pflegestufe 2 oder 3 nachweist,
 - Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie erfolgen müssen.
3. Fahrkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort des Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden.

Zu Absatz 2

1. Völliger Ausschluss

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

A

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

B

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

C

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

K

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

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

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

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
- Trockenzelltherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

- Zellmilieu-Therapie

2. Teilweiser Ausschluss

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

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. In Zweifelsfällen ist eine Bestätigung durch einen Gutachter einzuholen.
- Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT)
Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea (Kalkschulter) oder der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach GOÄ-Ziffer 1800 beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.
- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gaskangrän, 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 Feststellungsstelle aufgrund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z. B. mit Aludrin.

- Magnetfeldtherapie
Die Therapie mit Magnetfeldern ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophen Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.
 - Ozontherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
 - Prostata-Hyperthermie-Behandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.
 - Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z. B. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 des Hinweises 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 zugeordnet.
 - Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten.
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.
3. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.

Zu Absatz 4

1. Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und ggf. nichtärztliches Personal durchgeführt werden. Die Beteiligung eines Arztes muss dabei sichergestellt werden. Zu den Komplextherapien gehören u. a. Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitusstherapien (Pauschalabrechnung), ambulante Chemotherapie nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen.
2. Nicht zu den Komplextherapien zählen u. a. die Soziotherapie und die psychiatrische Krankenpflege.
3. Stationäre Komplextherapie bedeutet die Einheit zwischen klinisch stationärer Behandlung und Rehabilitationsmaßnahme.

Zu § 12

Zu Absatz 1 Satz 2

2. Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V (so genannte „Praxisgebühr“, z. B. bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, freiwillig gesetzlich Versicherten) sowie gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen befreien nicht von Eigenbehalten (Abzugsbe-

trägen) nach § 12 Abs. 1 Satz 1 und 2 BhV.

3. Kieferorthopädische Leistungen sowie Laborleistungen unterliegen ebenfalls dem Abzugsbetrag für ärztliche/zahnärztliche Leistungen. Aufwendungen für Leistungen eines Kieferchirurgen werden den ärztlichen Leistungen zugerechnet.

4. Der festgesetzte Beihilfebetrags ist um 10 Euro je Kalendervierteljahr unabhängig von der auf diesen Zeitraum entfallenden Summe der Aufwendungen zu mindern.

Zu Absatz 1 Satz 3

1. Für Aufwendungen ambulanter ärztlicher Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß § 10 erfolgt keine Minderung der Beihilfe nach § 12 Abs. 1 Satz 2.

2. Im Rahmen einer Kontrolluntersuchung (zahnärztliche Vorsorgeleistungen) kann der Zahnarzt bei Bedarf einige festgelegte diagnostische und präventive Leistungen vornehmen, ohne dass eine Minderung der Beihilfe nach § 12 Abs. 1 Satz 2 erfolgt. Zu diesen Aufwendungen ambulanter zahnärztlicher Vorsorgeleistungen gehören:

GOÄ 1; GOZ 001; GOZ 007; GOZ 100; GOZ 101; GOZ 102; GOZ 200; GOZ 405; GOZ 406 und Erhebung des PSI-Indexes.

Es können max. zwei solcher Kontrolluntersuchungen jährlich abzugsfrei durchgeführt werden. Diese Regelung gilt allerdings nicht, wenn im Rahmen einer solchen Untersuchung oder bei einem weiteren Termin eine Behandlung erforderlich wird.

3. Für Hilfsmittel, für die Höchstbeträge festgelegt sind (z. B. Hörgeräte, Perücken), erfolgt kein Abzug (Eigenbehalt) nach § 12 Abs. 1. Diese Ausnahme gilt nicht für Hilfsmittel, für die lediglich ein so genannter „Eigenanteil“ ausgewiesen ist (z. B. bei orthopädischen Maßschuhen).

Zu Absatz 2

1. Eine Befreiung von Eigenbehalten (Abzugsbeträgen) nach Absatz 1 wegen Überschreitung der Belastungsgrenze ist jährlich neu zu beantragen. Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres.

4. Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. Januar 2004, der auch beihilfeseitig anzuwenden ist, gilt als „schwerwiegend chronisch krank“, wer ein Jahr lang mindestens einmal im Quartal ärztlich behandelt wird und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor, wobei der GdB bzw. MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und

Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach den Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähige „chronische Krankheit“ vor. Die Feststellung erfolgt durch Festsetzungsstelle. Der Beihilfeberechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (z.B. ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt.

Zu § 13

Zu Absatz 1

1. Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.

2. Den Belegen über die Aufwendungen von mehr als 550,00 Euro ist eine Übersetzung beizufügen.

3. Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt als Wohnort

- a) bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
- b) bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienstort.

Dies gilt nicht, soweit die besonderen Bestimmungen nach § 18 Abs. 5 anzuwenden sind.

4. Aufwendungen für Behandlungen

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

gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden; in den Fällen der Buchstaben b) und c) jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 7, sofern nicht in den Fällen der Buchstaben b) und c) im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 medizinisch indiziert ist.

5. Absatz 1 stellt auf die Aufwendungen ab, die beim Verbleiben am Wohnort entstanden wären. Nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 3 ist als Kassenleistung der Betrag in Abzug zu bringen, den die Krankenkasse beim Verbleiben am Wohnort geleistet hätte; hilfsweise kommt § 5 Abs. 3 Satz 4 zur Anwendung.

6. Befindet sich ein Heimdialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen im Ausland, sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer

ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.

Zu Absatz 2

Wird ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger oder ein Versorgungsempfänger wegen Neurodermitis oder Psoriasis am Toten Meer (Ein Boqeg, Salt Land Village, Sdom) behandelt, sind aus diesem Anlass entstehende Aufwendungen im gleichen Umfange wie Aufwendungen für eine Heilkur (vgl. Absatz 3) beihilfefähig, wenn die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind, durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Zu Absatz 3

Das Heilkurortverzeichnis wird vom Bundesministerium des Innern als Anhang 3 herausgegeben.

Zu § 17

Zu Absatz 1

1. Aufwendungen für Halbweisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. Der eigenständige Beihilfeanspruch der Halbwaise nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung bestehen. Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 3 wird nicht begründet.

Zu Absatz 2

Die Antragsgrenze von 200,00 Euro gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

Zu Absatz 3

Die Aufwendungen sind nach Möglichkeit durch Originalbelege nachzuweisen. Duplikate, Kopien und Abschriften sollen anerkannt werden, wenn sie beglaubigt oder wenn sie erkennbar vom Rechnungssteller ausgefertigt sind, es sei denn, Originalbelege sind vorgeschrieben (§ 16 Abs. 1 Satz 3, § 17 Abs. 3 Satz 2).

Zu Absatz 4

In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.

Zu Absatz 7

2. In den Fällen des § 9 Abs. 4 und 7 kann auf Antrag für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten monatlich ein

Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten (Hinweis 3 zu § 9 Abs. 4) endgültig festzusetzen.

Zu Absatz 9

1. Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen.

Anhang 1

(Hinweis 8 zu § 5 Abs. 1 BhV)

Hinweise zum Gebührenrecht

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1 Bemessung der Gebühren

Nach § 5 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen, bei den so genannten medizinisch-technischen Leistungen – § 5 Abs. 3 GOÄ – nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen sowie bei Laborleistungen – § 5 Abs. 4 GOÄ – nach dem Einfachen bis 1,3-fachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. Überschreitet eine Gebühr den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 oder Abs. 4 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn der Rechnungsaussteller dargelegt hat, dass Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien die Überschreitung der Schwellenwerte rechtfertigen. Aus der Begründung der Rechnung muss ersichtlich sein, dass die Leistung aufgrund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Dazu reicht im Allgemeinen eine stichwortartige Kurzbegründung aus, in der die „Besonderheiten“ der einzelnen Leistung substantiiert angesprochen sind. Besonderheiten der Bemessungskriterien können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

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

Eine einfache Wiederholung der Bemessungskriterien reicht folglich nicht aus.

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 17. 2. 1994 – 2 C 10.92 – (NJW 1994, S. 3023) hat die Überschreitung des Schwellenwertes „den Charakter einer Ausnahme“; Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwendige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decke in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. In Fortführung dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 30. 5. 1996 – 2 C 10.95 – (NJW 1996, S. 3094) darauf hingewiesen, dass die Beihilfefestsetzungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu

beurteilen sind. Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der GOÄ ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen.

Aufwendungen über den Schwellenwert hinaus sind nicht schon wegen der Besonderheiten der angewandten Verfahren beihilfefähig, sondern vor allem wegen Besonderheiten, die gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle aufgetreten sind (personenbezogene Bemessungskriterien), z. B. besondere Erschwernis bei einer Unterleibsoperation wegen anlagebedingter starker Blutungsneigung der Patientin. Besonderheiten im Bereich des behandelnden Arztes, z. B. seine besondere Qualifikation (Chefarzt, Professor usw.) oder der Einsatz eines besonders teuren Gerätes bei der Leistungserbringung scheiden als Gründe für die Überschreitung der Schwellenwerte grundsätzlich aus.

Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im Zusammenhang stehen (leistungsbezogene Begründungen). Verwachsungen im Operationsbereich können z. B. Anlass für das Überschreiten des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie Visiten, Infusionen, Injektionen usw. dar. Als leistungsbezogene Begründung kann u. U. auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), z. B. bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

1.2 Leistungen bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen

Nach Auffassung des zuständigen Bundesministeriums ist eine Leistungserbringung außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus für sich allein keine ausreichende Begründung für ein Überschreiten der Schwellenwerte nach § 5 Abs. 2 GOÄ (2,3-facher, 1,8-facher bzw. 1,15-facher Satz). Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

1.4 Berechenbarkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Berechnungsfähigkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Nach ihrem Sinn und Zweck soll die Gebührenposition nach Nr. 4 des GOÄ-Gebührenverzeichnisses die Abrechnung einer Anamneseerhebung und/oder Beratung auch dann ermöglichen, wenn diese nach den besonderen Umständen des Behandlungsfalles die Einbeziehung einer Bezugs- oder Begleitperson erfordert, weil eine unmittelbare Vornahme gegenüber dem behandelten Patienten nicht möglich oder nicht sinnvoll ist. Sofern die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson bei bestimmten Personengruppen (z. B. bei Kindern) auch bei ‚normalem‘ Gesundheitszustand den Regelfall bildet, muss diese als mit den Leistungen nach den Nrn. 1 bzw. 3 abgegolten betrachtet werden. Eine Berechnung der Nr. 4 im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern wird deshalb in der Regel nur

bei Vorliegen besonderer Erschwernisse (z. B. bei behinderten Kindern) geboten sein.

Sofern aus im Einzelfall gegebenem Anlass die Leistung nach Nr. 4 – auch im Hinblick auf eine dabei unter Einbeziehung einer Bezugsperson vorgenommene Beratung – berechnet werden kann, ist daneben für die Abrechnung einer Beratung nach den Nrn. 1 oder 3 kein Raum. Da es sich bei der im Leistungstext der Nr. 4 angesprochenen ‚Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en)‘ charakteristischerweise um eine Leistung mit beratendem Inhalt handelt, ist diese mit der Gebühr nach Nr. 4 abgegolten und kann daneben nicht gesondert nach den Nrn. 1 oder 3 abgerechnet werden. Dem steht das Fehlen eines formellen Abrechnungsausschlusses (z. B. ‚... ist daneben nicht berechnungsfähig‘), dem insoweit ohnehin nur deklaratorische Bedeutung zu kommen könnte, nicht entgegen, da sich der Abrechnungsausschluss allgemein bereits aus § 4 Abs. 2 a Satz 1 GOÄ ergibt.“

1.5 Wegegeld und Besuchsgebühren

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Voraussetzungen für die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nach der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nrn. 48 bis 51 sowie Zuschläge nach Abschnitt B V, Buchstaben E bis H und K 2 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinne liegt vor, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht.“

1.6 Ambulantes Operieren

Nach Abschnitt C VIII des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen können zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen Zuschläge nach den Nrn. 440 bis 449 berechnet werden. Die Zuschläge sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig und in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

1.7 Sonstige Auslegungsfragen zur GOÄ und analoge Bewertungen

Bei der Bundesärztekammer wurde ein „Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“ eingerichtet. Dieser Konsultationsausschuss gibt sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der GOÄ gegenüber Ärztekammern und Mitgliedern ab. Die einvernehmlichen Beschlüsse sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Nach § 6 Abs. 2 GOÄ, kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen (analoge Bewertung). Das nachfolgende von der Bundesärztekammer herausgegebene Verzeichnis analoger Bewertungen ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. Darin sind die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Analogbewertungen enthalten.

1.7.1 Verzeichnis der Analogbewertungen

Nr.	Leistung	Analog- Nr. GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
A 36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten bei Asthma bronchiale, Hypertonie – einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung	33	300	17,49
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus	70	40	2,33
A 353	Einbringung des Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriografie (z. B. Nierenarterie) einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie	351	500	29,14
A 409	A-Bild-Sonografie	410	200	11,66
A 482	Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z. B. ACE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z. B. Unterkühlung)	832	158	9,21
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie oder Fußblock	476	380	22,15
A 618*	H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617*	341	19,88
A 619*	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probenentnahmen	615*	227	13,23
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotenziale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotenzial-EKG)	652	445	25,94
A 704	Anatonomie	1791	148	8,63
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EGK- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26
A 796*	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad-/Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen) einschließlich Dokumentation	650*	152	8,86
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbst erbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	887	200	11,66
A 1006*	Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sonografische Abklärung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer	5373*	1900	110,75

Nr.	Leistung	Analog-Nr. GOÄ	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
	Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, das mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt, ggf. mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf, im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, Anlage 1 c zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend, je Sitzung			
A 1007	Farbkodierte Dopplerechokardiografische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation, einschließlich eindimensionaler Dopplerechokardiografischer Untersuchung, ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, ggf. einschließlich zweidimensionaler echokardiografischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006, Anlage 1 d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend.	424 plus 404 plus 406	700 plus 250 (Einfach-satz) plus 200 (Einfach-satz)	40,80 plus 4,57 plus 1,66
A 1008	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder direktionale Dopplersonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse, ggf. zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder A 1006, Anlage 1 d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend <i>Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.</i> <i>Voraussetzung für das Einbringen der Leistungen nach Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 ist der Nachweis der Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde oder der fakultativen Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation.</i>	649	650	37,89
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallsicht	1158	739	43,07
A 1387	Netzhaut-Glaskörperchirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling. <i>Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut und Glaskörper berechnungsfähig.</i>	2551	7500	437,15

Nr.	Leistung	Analog-Nr. GOÄ	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
A 1387.1	<p>Netzhaut-Glaskörperchirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautauflösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation).</p> <p>Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.</p> <p>Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1:</p> <p>Die Ausschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-Chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen – je nach Indikation – die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z. B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.</p>	2551 plus 2531	7500 plus 7500	437,15 plus 437,15
A 1387.2	Macula-Rotation	1375	3500	204,01
A 1716	Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z. B. nach Sachse)	1802	739	43,07
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband	1833	237	13,81
A 3732*	Troponin-T-Schnelltest	3741*	200	11,66
A 3733*	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736*	120	7,00
A 3734*	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736*	120	7,00
A 3757*	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	3760*	70	4,08
A 4463 *	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462*	230	13,41
A 7001	<p>Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit</p> <p>Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfeprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens.</p>	1225	121	7,05

Nr.	Leistung	Analog-Nr. GOÄ	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
A 7002	Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden.	1200	59	3,44
A 7003	Quantitative Aniseikoniemessung, ggf. einschließlich qualitativer Aniseikonieprüfung	1226	182	10,61
A 7006	Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung	1227	248	14,46
A 7007	Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6	825	83	4,84
A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge	1249	484	28,21
A 7009	Quantitative topografische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computer-gestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen	415	300	17,49
A 7010	Laserscanning-Ophthalmoskopie	1249	484	28,21
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograf (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA)	423	500	29,14
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie	1229	182	10,61
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie einschließlich Dokumentation	1227	248	14,46
A 7014	Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung	413	280	16,32
A 7015	Optische und sonografische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung	410 420	200 80	11,66 4,66
A 7016	Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge	1212	132	7,69
A 7017	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits	424 plus 406	700 plus 200	40,80 plus 11,66
A 7018	Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge	1298	132	7,69
A 7019	Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung	1215	121	7,05
A 7020*	Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression	1257*	242	14,11
A 7021	Operative Reposition einer intraokularen Linse	1353	832	48,50

Nr.	Leistung	Analog-Nr. GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 7022	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings	1326	1110	64,70
A 7023	Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laserscanning-Ophthalmoskopie	1217	242	14,11
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zykl-Deviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen einschließlich Kopfneige-Test	1217	242	14,11
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (sogenannte Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	1480	86,27
A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse <i>Eine Berechnung der Nr. 7026 neben einer Katarakt-Operation, z. B. nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in dergleichen Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z. B. der subluxierten Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliations-syndrom) zulässig.</i>	1326	1110	64,70
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer	1217	242	14,11
A 7029	Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung	1366	1110	64,70

* Reduzierter Gebührenrahmen

1.7.2 Medizinisches Aufbautraining/Medizinische Trainingstherapie

Nach einem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen bzw. 1,8-fachen der Einfachsätze der GOÄ beihilfefähig:

- Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie/zum Medizinischen Aufbautraining einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 GOÄ.

Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

- Medizinische Trainingstherapie/Medizinisches Aufbautraining mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschi-

nen (z.B. MedX-CE-/und/oder LE-Therapiemaschinen) analog Nr. 846 GOÄ, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 GOÄ (je Sitzung), zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ. Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

1.7.3 Extrakorporale Stoßwellentherapie

Auf Grundlage eines Beschlusses der Bundesärztekammer kann die Extrakorporale Stoßwellentherapie bei den in Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 genannten Indikationen analog der Nr. 1800 GOÄ (je Sitzung, 1480 Punkte) berechnet werden. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Die Behandlung einer Pseudarthrose setzt aufgrund größerer Risiken zwingend besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Traumatologie voraus, die verbunden mit einem im Einzelfall höheren Schwierigkeitsgrad und überdurchschnittlichen Zeitaufwand Gebühren bis zum 3,5-fachen Gebührensatz rechtfertigen können.

2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

2.1 Praxiskosten

Gemäß § 4 Abs. 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist, oder wenn die Aufwendungen einen erheblichen Anteil am Honorar des Zahnarztes für diese Leistung ausmachen würde. Zu den Praxiskosten gehören nicht Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ). Diese sind neben den Gebühren gesondert berechnungsfähig. Implantatbohrsätze gehören ebenfalls nicht zu den Praxisgebühren und können gesondert berechnet werden (BGH-Urteil vom 27. 5. 2004 – III ZR 264/03). Nicht berechnungsfähig sind dagegen die Kosten, die dem Zahnarzt für die Bevorratung von Implantaten entstehen. Sie sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.

Eine gesonderte Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ darf nur bei den in § 6 Abs. 1 GOZ ausdrücklich genannten Leistungen erfolgen. Eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ auch auf andere zahnärztliche Leistungen ist gemäß § 1 Abs. 1 GOZ ausgeschlossen (vgl. Beschluss des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg vom 19. 4. 1999 – 4 S 3178/98).

2.2 Bemessung der Gebühren

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nr. 1.1 entsprechend.

Gemäß § 87 a SGB V in der Fassung des GKV-Reformgesetzes 2000 vom 22. 12. 1999 (BGBl. I. S. 2626) sind Mehrkosten für lichthärtende Kompositfüllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich bis zum 3,5-fachen des Gebührensatzes berechnungsfähig. Entsprechendes gilt für die Angemessenheit diesbezüglicher Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 BhV.

2.3 Gebühren für andere Leistungen

Gemäß § 6 Abs. 1 GOZ ist die Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen durch Zahnärzte auf die Abschnitte B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nrn. 4113 und 4700, N sowie O dieses Gebührenverzeichnisses begrenzt. Soweit Zahnärzte Leistungen aus diesen Abschnitten erbringen, bestimmt sich die Vergütung dieser Leistungen nach den Vorschriften der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung. Dazu hat das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium wie folgt Stellung genommen:

„Die Verweisung betrifft nur solche Abschnitte der GOÄ, in denen Leistungen enthalten sind, die für Zahnärzte nach dem Berufsrecht infrage kommen können. Die Verweisung auf ganze Abschnitte des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist aus pragmatischen, regelungstechnischen Gründen erfolgt. Aus diesen Abschnitten kann der Zahnarzt nicht alle Leistungen erbringen und berechnen, sondern nur solche Leistungen, die zu seinen beruflichen Leistungen gehören (§ 1 Abs. 1 GOZ) und den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechen (§ 1 Abs. 2 GOZ).“

2.4 Analoge Bewertungen

Gemäß § 6 Abs. 2 GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach In-Kraft-Treten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, entspre-

chend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer zahnärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung. Dies gilt auch für Leistungen, die lediglich eine besondere Ausführung einer nach dem Gebührenverzeichnis bewerteten Leistung darstellen (§ 4 Abs. 2 GOZ).

2.5 Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der GOZ

2.5.1 Mit der Nr. 203 GOZ sollen besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgegolten werden. Es handelt sich um Maßnahmen (z. B. Separieren oder Beseitigen störender Zahnfleisches, Stillen einer übermäßigen Papillenblutung), die das Füllen oder Präparieren von Kavitäten erleichtern oder sogar erst ermöglichen. Bei Durchführung mehrerer Einzelmaßnahmen an einem Behandlungstag kann die Gebühr nach Nr. 203 GOZ nur einmal in Ansatz gebracht und damit als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. Urteil des VG Augsburg vom 21. 9. 2000 – Au 2 K 99.1110 – und Beschluss des Bayer. VGH vom 19. 12. 2000 – 3 ZB 00.3216 – sowie das Urteil des Bayer. VGH vom 7. 10. 1993 – 3 B 92.2652 –). Ein mehrfacher Ansatz der Nr. 203 GOZ für Besonderheiten sowohl beim Präparieren als auch beim Füllen von Kavitäten ist ebenfalls nicht möglich. Die Nr. 203 GOZ kann nur in Verbindung mit Füllungen und Kronen berechnet werden.

2.5.2 Vom Leistungsinhalt der Nrn. 205, 207, 209 und 211 GOZ werden auch die Kompositfüllungen erfasst. Zur Bemessung der Gebühren vgl. Hinweise unter Nr. 2.2.

2.5.3 Bei Inlays ist die temporäre Versorgung der Kavität zwischen Präparieren der Kavität und Eingliedern der endgültigen Einlagefüllung Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 215 bis 217 GOZ. Daneben können Gebühren nach den Nrn. 227, 228 oder 202 GOZ nicht berechnet werden (vgl. Urteil des BGH vom 13. 5. 1992 – IV ZR 213/91 –).

2.5.4 Bei der „professionellen Zahnreinigung“ handelt es sich um Leistungen zur Befreiung der Zahnoberflächen und Zahnwurzeloberflächen von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen. Der Leistungsinhalt entspricht unabhängig vom angewandten Verfahren (z.B. Entfernung mit Handgeräten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten, Pulverstrahlgeräten, Scaling-Gels) den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 405, 406 und 407 GOZ.

2.5.5 Für das Einbringen und Entfernen der Membran im Rahmen der gesteuerten Geweberegenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration, GTR) kann die Nr. 413 GOZ analog als Komplexgebühr oder die Nrn. 412 und 411 GOZ analog jeweils als gesonderte Gebühr für das Einbringen und Entfernen der Membran berechnet werden. Die Kosten für die Membranen (Manschetten) können gesondert berechnet werden.

2.5.6 Neben der Nr. 504 GOZ ist die Nr. 508 GOZ nicht berechenbar. Der Sekundärteil einer Teleskopkrone ist kein Verbindungselement im Sinne der Nr. 508 GOZ (vgl. u. a. Urteil des BVerwG vom 30. 5. 1996 – 2 C 10.95 –).

2.5.7 Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ können quartalsmäßige Abschlagszahlungen als bei-

hilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung (vgl. Rundschreiben des BMI vom 19. 5. 1988, GMBI. S. 311).

Die Leistungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ als angemessen angesehen werden (vgl. Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 24. 3. 1997 – 3 B 95.1895 –).

2.5.8 Die Berechnung der Nr. 619 GOZ kommt grundsätzlich nur bei einer kieferorthopädischen Behandlung in Betracht. Für notwendige Beratungen und Gespräche im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung stehen dem Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 1 GOZ die entsprechenden Gebühren nach der GOÄ zur Verfügung.

2.5.9 Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nrn. 215 bis 217 GOZ), Kronen (Nrn. 220 bis 222 GOZ), Brücken (Nrn. 500 bis 504 GOZ) und Prothesen (Nrn. 520 bis 523 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 222, 504 und 523 GOZ auch die Relationsbestimmung bzw. die Bestimmung der Kieferrelation. Deshalb dürfen in zeitlichem Zusammenhang mit diesen Leistungen keine Gebühren aus dem Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der GOZ (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden.

2.5.10 Nummer 3 GOÄ ist neben Nummer 001 GOZ berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungs-, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; die Abrechnungsbestimmung zu Nummer 3 GOÄ ist jedoch zu beachten.

2.5.11 Nummer 5 GOÄ ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der GOZ enthalten ist.

2.6 Besondere Auslegungsfragen zur GOZ

Die einvernehmlichen Beschlüsse des bei der Bundeszahnärztekammer eingerichteten „Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen“ sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Beschluss Nr. 1 vom 7. 5. 2001:

Bei der Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung, d.h. zeitlich getrennt als vorbereitende Maßnahme zur Implantation, kann neben den Nrn. 409, 410 GOZ die Nr. 413 GOZ analog berechnet werden. Bei einseitigem Vorgehen können neben der Nr. 413 GOZ die Nrn. 409, 410 GOZ nicht berechnet werden.

Es besteht Konsens, dass GTR/GBR in der Parodontologie seinen Ursprung hat und heute häufig auch in der Implantologie angewendet wird. In der Parodontologie ist anerkannt, dass die Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung nach den Nrn. 409, 410 GOZ oder neben der Nr. 413 GOZ analog berechnet werden kann. Es besteht Einigkeit, dass, wenn über eine solche Aussage in der Parodontologie Konsens besteht, sie auch in der Implantologie gelten soll.

Beschluss Nr. 2 vom 7. 5. 2001:

Nr. 900 GOZ – Implantate, Analyse/Vermessung

Die Nr. 900 GOZ ist einmal pro Kiefer berechenbar, auch bei mehreren Implantatsystemen. Wird die klinische Situation durch präimplantologische chirurgische Eingriffe verändert und ergibt sich dadurch die Notwendigkeit einer erneuten Analyse, so ist die Nr. 900 GOZ erneut berechenbar.

Beschluss Nr. 3 vom 7. 5. 2001:

Nr. 902 GOZ - Messschablone

Die Leistung nach Nr. 902 GOZ ist je nach Notwendigkeit, ggf. auch mehrmals pro Implantat, berechenbar.

Beschluss Nr. 4 vom 7. 5. 2001:

Nr. 904 GOZ – Implantate freilegen

Die Leistung nach Nr. 904 GOZ ist pro Implantatpfosten einmal berechnungsfähig. In Ausnahmefällen bei begründeter medizinischer Indikation kann die Nr. 904 GOZ wieder berechnet werden.

Beschluss Nr. 5 vom 7. 5. 2001:

Nr. 905 GOZ – Implantate, Berechenbarkeit von Nrn. 229, 231 und 511 GOZ

Die Nrn. 229, 231 und 511 GOZ sind für die Abnahme und Wiederbefestigung bedingt abnehmbarer Suprakonstruktionen berechnungsfähig. Müssen zusätzlich am Implantatkörper Sekundärteile ausgewechselt werden, so ist die Nr. 905 GOZ zusätzlich berechenbar.

Beschluss Nr. 6 vom 7. 5. 2001:

Nr. 905 GOZ – Implantate, Sekundärteil auswechseln bei bestehender prothetischer Versorgung

Die Leistung nach der Nr. 905 GOZ ist pro Implantatpfiler und je Sitzung bei einem Wechsellvorgang oder Austausch einmal berechenbar.

Die Nr. 905 GOZ ist eine Implantatposition, nicht Hilfsposition bei Suprakonstruktionen.

Beschluss Nr. 7 vom 7. 5. 2001:

Nr. 2730 GOÄ – Alveolarfortsatz, Lagerbildung für Aufbau

Die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbetts löst keine eigene Gebührenposition aus.

Beschluss Nr. 8 vom 7. 5. 2001:

Implantate, Verschraubungen

Bei verschraubten Kronen ist die Nr. 508 GOZ in Verbindung mit der Nr. 220/500 GOZ nicht berechnungsfähig, da die Befestigung einer Krone im Zusammenhang mit deren Eingliederung mit der Gebühr für die Krone abgegolten ist (§ 4 Abs. 2 GOZ).

3. Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern bestimmt sich nach § 5 Abs. 1 Satz 3 BhV. Danach sind derartige Aufwendungen angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des GebüH (herausgegeben 1985,

Neuaufgabe in Euro zum 1. 1. 2002), jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen.

Anhang 3

(zu § 13 Abs. 3 Nr. 2 BhV)

Heilkurortverzeichnis EU-Ausland

Ortsnamen

Abano Terme
Badgastein
Bad Dorfgastein
Bad Hofgastein
Galzignano
Ischia
Montegrotto

Heilkurortverzeichnis Ausland

Ortsnamen

Ein Boqeg, Salt Land Village, Sdom am Toten Meer*).

*) Wenn eine schwere Hauterkrankung (z. B. Psoriasis, Neurodermitis) vorliegt und die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind.

Niedersächsisches Beamtengesetz (NBG) i. d. F. der Bekanntmachung vom 19. 2. 2001 (Nds. GVBl. S. 33), zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 17. 12. 2004 (Nds. GVBl. S. 664)

Auszug

§ 87c¹⁾

Beihilfen

- (1) **Beamte und Versorgungsempfänger erhalten nach den für die Beamten und Versorgungsempfänger des Bundes geltenden Beihilfevorschriften in der Fassung vom 1. November 2001 (GMBl. S. 918), zuletzt geändert durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 30. Januar 2004 (GMBl. S. 379), Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen sowie für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und für Schutzimpfungen nach Maßgabe des Absatzes 2.**
- (2) **Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen und eine gesondert berechnete Unterkunft bei stationärer Behandlung (Wahlleistungen).**

Amtliche Begründung zu § 87c Abs. 2 NBG gem. LT-Drs. 15/1340

Allgemeine Begründung gem. Abschnitt A

Durch die Neufassung des § 87c entfällt die Beihilfefähigkeit der Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehand-

lung für die derzeit noch anspruchsberechtigten Personen (Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige), die vor dem 1. Januar 2002 das 65. Lebensjahr vollendet haben oder am 31. Dezember 2001 mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 v. H. behindert sind (schwerbehinderte Menschen), solange diese andauert. Diese Maßnahme führt zu einer Minderung der jährlichen Ausgaben für Beihilfe von voraussichtlich 15.700.000 Euro.

Einzelbegründung gem. Abschnitt B

Zugleich entfällt die von Teilen der Bevölkerung als „Beamtenprivilegierung“ angesehene Regelung des § 87c Abs. 3 Satz 2 NBG mit Wirkung vom 1. Januar 2005. Diese Vorschrift regelt die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen und eine gesondert berechnete Unterkunft (Wahlleistungen) für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die

1. vor dem 1. Januar 2002 das 65. Lebensjahr vollendet hatten oder
2. am 31. Dezember 2001 mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 v.H. behindert waren (schwerbehinderte Menschen), solange diese andauert.

Nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. November 2002 – 2 BvR 1053/98¹⁾ – verletzt der Wegfall der Beihilfefähigkeit der Wahlleistungen weder die Fürsorgepflicht, das Alimentationsprinzip, den Gleichheitsgrundsatz noch den Grundsatz des Vertrauensschutzes. Insgesamt sei es – vor dem Hintergrund, dass die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen nach der geltenden Bundespflegegesetzverordnung eine medizinische Vollversorgung gewährleistet – nicht erforderlich, einer Beamtin oder einem Beamten als Krankenhausleistung mehr zu gewährleisten als das, was nach der Bundespflegegesetzverordnung den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend dem Inhalt ihrer versicherungsrechtlichen Ansprüche als medizinisch gebotene Behandlung garantiert wird. Dass dies die Beamtin oder den Beamten vor die Alternative stellt, entweder auf die Inanspruchnahme von Wahlleistungen zu verzichten oder aber selbst Vorsorge durch Abschluss einer erweiterten Versicherung zu treffen, verstößt nicht gegen die Fürsorgepflicht des Dienstherrn.

Eine Ausnahmeregelung wie sie der derzeitige § 87c Abs. 3 Satz 1 NBG enthält – und die damit verbundene Besserstellung bestimmter Personengruppen ist – so das Bundesverfassungsgericht – verfassungsrechtlich vertretbar, jedoch nicht zwingend erforderlich.

Wenn für das Haushaltsjahr 2002 diese Ausnahmeregelung nach der damaligen Haushaltslage noch vertretbar war, ist dies angesichts der Gesamtverschuldung des Landes heute nicht mehr der Fall.

Die erforderliche Übergangsregelung (Art. 15 HBegleitG 2005) bestimmt, dass für im Jahr 2004 entstandene Aufwendungen oder im Jahr 2004 begonnene Behandlungen § 87c NBG in der am 31. Dezember 2004 geltenden Fassung weiter Anwendung findet.

¹⁾ Neu gefasst mit Wirkung vom 1. 1. 2005 durch Art. 4 Nr. 1 des Haushaltsbegleitgesetzes 2005 vom 17. 12. 2004 (Nds. GVBl. S. 664)

Kollektenplan 2005/2006

1. **1. Sonntag im Advent – 27.11.2005**
Pfl.: Brot für die Welt
2. **2. Sonntag im Advent – 04.12.2005**
Pfl.: Zweckbestimmung durch den Propsteivorstand
3. **3. Sonntag im Advent – 11.12.2005**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
4. **4. Sonntag im Advent – 18.12.2005**
Wpfl.: Schulen der Ev.-luth. Kirche in Jordanien
5. **Christfest – 24.12.2005**
Pfl.: Brot für die Welt
6. **Christfest, 1. Feiertag – 25.12.2005**
Wpfl.: Marienstift
7. **Christfest, 2. Feiertag – 26.12.2005**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
8. **Silvester – 31.12.2005**
Wpfl.: Weltmission (ELM)
9. **Neujahrstag – 01.01.2006**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
10. **Epiphania – 06.01.2006**
Wpfl.: Unterstützung ausländischer Studierender
11. **1. Sonntag n. Epiphania – 08.01.2006**
Pfl.: Ökumene und Auslandsarbeit der EKD
12. **2. Sonntag n. Epiphania – 15.01.2006**
Wpfl.: Jüdische Gemeinde in Braunschweig
13. **3. Sonntag n. Epiphania – 22.01.2006**
Wpfl.: Telefonseelsorge in der Landeskirche
14. **4. Sonntag n. Epiphania – 29.01.2006**
Wpfl.: Besondere Aufgaben/Notstände in indischen Kirchen (ELM)
15. **Letzter Sonntag nach Epiphania – 05.02.2006**
Wpfl.: Jerusalemsverein
16. **3. Sonntag v. d. Passionszeit (Septuagesimä) – 12.02.2006**
Wpfl.: Ev.-luth. Kirche in Namibia
17. **2. Sonntag v. d. Passionszeit (Sexagesimä) – 19.02.2006**
(Bibelsonntag)
Pfl.: Weltbibelhilfe: Bibelverbreitung in Asien
18. **Sonntag v. d. Passionszeit (Estomihi) – 26.02.2006**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
19. **1. Sonntag d. Passionszeit (Invokavit) – 05.03.2006**
Wpfl.: Hoffnung für Osteuropa
20. **2. Sonntag d. Passionszeit (Reminiscere) – 12.03.2006**
Wpfl.: CVJM Braunschweig
21. **3. Sonntag d. Passionszeit (Okuli) – 19.03.2006**
Wpfl.: Christoffel Blindenmission/Hildesheimer Blindenmission
22. **4. Sonntag d. Passionszeit (Lätare) – 26.03.2006**
Pfl.: VELKD
23. **5. Sonntag d. Passionszeit (Judika) – 02.04.2006**
Wpfl.: Förderung der Lektorenarbeit in der Landeskirche
24. **6. Sonntag d. Passionszeit (Palmarum) – 09.04.2006**
Pfl.: Zweckbestimmung durch den Propsteivorstand
25. **Gründonnerstag – 13.04.2006**
Wpfl.: Diakonissenmutterhäuser in der Landeskirche
26. **Karfreitag – 14.04.2006**
Pfl.: Diakonisches Werk der Landeskirche
27. **Ostersonntag – 16.04.2006**
Pfl.: Brot für die Welt
28. **Ostermontag – 17.04.2006**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
29. **1. Sonntag n. Ostern (Quasimodogeniti) – 23.04.2006**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
30. **2. Sonntag n. Ostern (Misericordias Domini) – 30.04.2006**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
31. **3. Sonntag n. Ostern (Jubilate) – 07.05.2006**
Pfl.: Zweckbestimmung durch den Propsteivorstand
32. **4. Sonntag n. Ostern (Kantate) – 14.05.2006**
Wpfl.: Förderung und Unterstützung der Kirchenmusik
33. **5. Sonntag n. Ostern (Rogate) – 21.05.2006**
Wpfl.: Landeskirchl. Gemeinschaften/Volksmission
34. **Christi Himmelfahrt – 25.05.2006**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
35. **6. Sonntag n. Ostern (Exaudi) – 28.05.2006**
Wpfl.: Diakonische Arbeit i. d. Japanisch Ev.-luth. Kirche
36. **Pfingstsonntag – 04.06.2006**
Pfl.: Weltmission (ELM)
37. **Pfingstmontag – 05.06.2006**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
38. **Tag d. Heiligen Dreifaltigkeit (Trinitatis) – 11.06.2006**
Wpfl.: Ev. Stiftung Neuerkerode
39. **1. Sonntag n. Trinitatis – 18.06.2006**
Pfl.: Besondere gesamtkirchliche Aufgaben der EKD
40. **2. Sonntag n. Trinitatis – 25.06.2006**
Wpfl.: Zwischenkirchliche Hilfe d. Diakonischen Werkes
41. **3. Sonntag n. Trinitatis – 02.07.2006**
Wpfl.: Kigem. d. Schlesischen Ev. Kirche A.B. in Tschechien
42. **4. Sonntag n. Trinitatis – 09.07.2006**
Pfl.: Diakonisches Werk der EKD
43. **5. Sonntag n. Trinitatis – 16.07.2006**
Wpfl.: Gefangenenseelsorge
44. **6. Sonntag n. Trinitatis – 23.07.2006**
Pfl.: Zweckbestimmung durch den Propsteivorstand
45. **7. Sonntag n. Trinitatis – 30.07.2006**
Wpfl.: Jubiläum 300 Jahre TELC
46. **8. Sonntag n. Trinitatis – 06.08.2006**
Wpfl.: Notfallseelsorge in der Landeskirche
47. **9. Sonntag n. Trinitatis – 13.08.2006**
Wpfl.: Deutscher Evangelischer Kirchentag

48. **10. Sonntag n. Trinitatis – 20.08.2006**
(*Israelsonntag*)
Wpfl.: Gesellschaft f. christlich-jüdische Zusammenarbeit
49. **11. Sonntag n. Trinitatis – 27.08.2006**
Wpfl.: Posaunenarbeit in der Landeskirche
50. **12. Sonntag n. Trinitatis – 03.09.2006**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
51. **13. Sonntag n. Trinitatis – 10.09.2006**
(*Woche der Diakonie*)
Wpfl.: Diakonisches Werk der Landeskirche
52. **14. Sonntag n. Trinitatis – 17.09.2006**
(*Frauensonntag*)
Wpfl.: Landesverband der Frauenhilfe/Frauzentrum Blankenburg
53. **15. Sonntag n. Trinitatis – 24.09.2006**
Wpfl.: Konferenz Europäischer Kirchen
54. **Erntedankfest – 01.10.2006**
Pfl.: Einrichtungen d. Diakonischen Werkes d. Landeskirche
55. **17. Sonntag n. Trinitatis – 08.10.2006**
Pfl.: Lutherischer Weltbund

Der Kollektenplan 2005/2006 enthält 18 **Pflichtkollekten**, 34 **Wahlpflichtkollekten** und 12 **freie Kollekten**.

Die mit **Pfl.** bezeichneten Kollekten sind **Pflichtkollekten** und müssen erhoben werden. Von den Pflichtkollekten sind fünf Kollekten für die Zweckbestimmung durch Propsteivorstandsbeschluss vorgesehen. Die Zweckbestimmung durch Propsteivorstandsbeschluss ist bindend für alle Kirchengemeinden einer Propstei. Die Propsteivorstände teilen die beschlossenen Kollektenzwecke spätestens 6 Wochen vor Beginn des Kirchenjahres den Kirchengemeinden mit.

Eine Terminverlegung für eine Pflichtkollekte ist in der Regel nicht möglich und kann nur bei Vorliegen eines außergewöhnlich wichtigen Grundes vorgenommen werden. Die Verlegung einer Pflichtkollekte bedarf der Genehmigung durch die zuständige Pröpstin/den zuständigen Propst.

Kollekten, die mit **Wpfl.** bezeichnet sind, sind **Wahlpflichtkollekten**. Kirchengemeinden, die in der Regel an jedem Sonntag eines Monats Gottesdienst feiern, können durch Kirchenvorstandsbeschluss für bis zu 12 Wahlpflichtkollekten einen anderen gemeindlichen oder übergemeindlichen Zweck festlegen. Kirchengemeinden, die nur an jedem zweiten Sonntag im Monat Gottesdienst feiern, können bis zu 6 Wahlpflichtkollekten und Kirchengemeinden, die nur an einem Sonntag im Monat Gottesdienst feiern, bis zu 3 Wahlpflichtkollekten abweichend festlegen. Daher ist eine Verlegung für eine Wahlpflichtkollekte in der Regel nicht notwendig.

Kollekten, die mit **F.** bezeichnet sind, sind **freie Kollekten**. Die Zwecke für freie Kollekten werden durch Beschluss des Kirchenvorstands festgelegt.

Die Kirchenvorstände beschließen rechtzeitig vor Beginn des Kirchenjahres über die abweichenden Zweckbestimmungen für Wahlpflichtkollekten und die Zweckbestimmungen für die freien Kollekten. Der beschlossene Kollektenplan ist auf dem Dienstweg über die Propstei dem Landeskirchenamt zur

56. **18. Sonntag n. Trinitatis – 15.10.2006**
(*Männersonntag*)
Wpfl.: Männerarbeit der Landeskirche
57. **19. Sonntag n. Trinitatis – 22.10.2006**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
58. **20. Sonntag n. Trinitatis – 29.10.2006**
Pfl.: Zweckbestimmung durch den Propsteivorstand
59. **Reformationsfest – 31.10.2006**
Wpfl.: Kinder- und Jugendarbeit der Landeskirche
60. **21. Sonntag n. Trinitatis – 05.11.2006**
Pfl.: Gustav-Adolf-Werk/Martin-Luther-Bund/Ev. Bund
61. **Drittletzter Sonntag des Kirchenjahres – 12.11.2006**
F.: Zweckbestimmung durch den Kirchenvorstand
62. **Vorletzter Sonntag des Kirchenjahres – 19.11.2006**
(*Volkstrauertag*)
Wpfl.: Kriegsgräberfürsorge
63. **Buß- und Betttag – 22.11.2006**
Wpfl.: Aktion Sühnezeichen/Friedensdienste
64. **Letzter Sonntag des Kirchenjahres (Ewigkeitssonntag) – 26.11.2006**
Wpfl.: Hospizarbeit in der Landeskirche

Kenntnis zu geben. Das Landeskirchenamt stellt den Kirchenvorständen rechtzeitig vor Ende des Kirchenjahres Formulare für die Beschlussfassung im Intranet der Landeskirche zur Verfügung.

Die Kollektenerträge sollen unmittelbar nach jedem Gottesdienst von zwei verantwortungsvollen Gemeindemitgliedern gezählt und im Sakristeibuch mit Zweckbestimmung eingetragen werden. Beide Personen sollen den Eintrag im Sakristeibuch abzeichnen.

Kollektenerträge aus Pflichtkollekten und Wahlpflichtkollekten gemäß vorgeschlagenem Kollektenplan mit Ausnahme derjenigen Pflichtkollekten, über deren Zwecke die Propsteivorstände beschließen, sind innerhalb von 2 Wochen unter Angabe des Kollektenzwecks jeweils einzeln an die Landeskirchenkasse zu überweisen. Kollektenerträge aus Pflichtkollekten, deren Zweck durch Propsteivorstandsbeschluss festgelegt wurde, werden einzeln unter Angabe des Kollektenzwecks an die jeweilige Propsteikasse überwiesen. Kollektenerträge aus freien Kollekten und abweichend festgelegten Wahlpflichtkollekten führt die Kirchengemeinde selber zeitnah durch Überweisung an den jeweiligen Kollektenempfänger ab.

Die Erträge aller Kollekten sind für statistische Zwecke dem Landeskirchenamt mitzuteilen. Hierfür stellt das Landeskirchenamt rechtzeitig vor Ende des Kirchenjahres einen Erfassungsbogen bzw. eine elektronische Erfassungsmöglichkeit im Intranet der Landeskirche zur Verfügung.

Wolfenbüttel, 12. Juli 2005

**Evangelisch-lutherische Landeskirche in Braunschweig
Kirchenregierung**

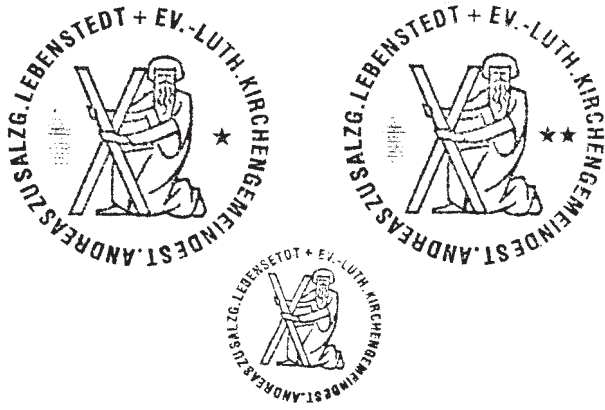
Dr. Friedrich Weber
Landesbischof

Kirchensiegel

Gemäß § 26 der Siegelordnung vom 3. Juli 1984 (Amtsbl. 1984 S. 73 ff) wird bekannt gemacht:

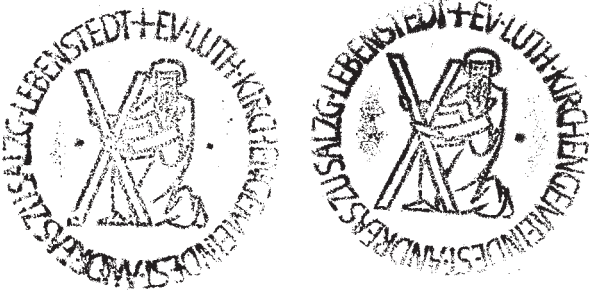
A. Nachstehend abgebildete Kirchensiegel sind in Gebrauch genommen worden:

EV.-LUTH. KIRCHENGEMEINDE ST. ANDREAS ZU SALZG.-LEBENSTEDT (Propstei Salzgitter Lebenstedt)



B. Nachstehend abgebildete Kirchensiegel sind außer Gebrauch genommen worden:

EV.-LUTH. KIRCHENGEMEINDE ST. ANDREAS ZU SALZG.-LEBENSTEDT (Propstei Salzgitter Lebenstedt)



Wolfenbüttel, den 12. August 2005

Landeskirchenamt

Dr. Fischer

Ausschreibung von Pfarrstellen und anderen Stellen

Pfarrstelle Kreiensen Bezirk I mit Beulshausen, Erzhausen und Leinetal.

Die Besetzung erfolgt durch die Kirchenregierung. Bewerbungen sind bis zum 14. Oktober 2005 an das Landeskirchenamt zu richten. Der Bewerbung ist ein kurzer Lebenslauf hinzuzufügen.

Pfarrstelle St. Trinitatis Braunlage Bezirk I mit Zusatzauftrag 50 % Kurseelsorge.

Die Besetzung erfolgt durch die Kirchenregierung. Bewerbungen sind bis zum 14. Oktober 2005 an das Landeskirchen-

amt zu richten. Der Bewerbung ist ein kurzer Lebenslauf hinzuzufügen.

Pfarrstelle St. Georg Schandelah mit St. Martin Gardessen.

Zum Pfarrverband mit 1100/400 Gemeindegliedern gehören eine kirchliche Kindertagesstätte und ein privat betriebenes Altenwohn- und Pflegeheim. Die Gemeinde Gardessen verfügt zudem über einen Friedhof in kirchlicher Verwaltung. Die beiden Kirchenvorstände wünschen sich eine/n engagierte/n Pfarrer/in. Es wird neben Seelsorge die lebendige Gestaltung der Gottesdienste, die Fortführung und der Ausbau der bestehenden Gemeindearbeit und die Begleitung der KiTa-Arbeit mit neuen Impulsen und Ideen erwartet.

Die Kinderkirche wird von einem ehrenamtlichen Team begleitet. Es bestehen gute Kontakte zur Grundschule und den örtlichen Vereinen. Die Kirchenmusik gestaltet eine C-Musikerin.

Der Pfarrsitz ist Schandelah mit einem geräumigen Pfarrhaus mit Garten und Büroräumen. Das Dorf verfügt über eine gute Infrastruktur mit Bahnanschluss, Grundschule, Kindertagesstätte und Arzt für Allgemeinmedizin. Weiterführende Schulen befinden sich in der Nachbargemeinde Sickinge sowie in Braunschweig. Für weitere Informationen stehen Herr Speer (05306/7861) und Herr Brandes (05306/1358) zur Verfügung.

Die Besetzung erfolgt durch Gemeindevwahl. Bewerbungen sind bis zum 14. Oktober 2005 an die Kirchenvorstände Schandelah und Gardessen zu richten. Der Bewerbung ist ein kurzer Lebenslauf hinzuzufügen.

Pfarrstelle Groß Dahlum Bezirk II im Umfang von 50 % mit den Kirchengemeinden Schliestedt, Warle und Watzum. Wohnsitz ist Schliestedt.

Die Besetzung erfolgt durch die Kirchenregierung. Bewerbungen sind bis zum 14. Oktober 2005 an das Landeskirchenamt zu richten. Der Bewerbung ist ein kurzer Lebenslauf hinzuzufügen.

Pfarrstelle St. Petri Rünigen im Umfang von 75 %.

Die Besetzung erfolgt durch Gemeindevwahl. Bewerbungen sind bis zum 14. Oktober 2005 über das Landeskirchenamt an den Kirchenvorstand Rünigen zu richten. Der Bewerbung ist ein kurzer Lebenslauf hinzuzufügen.

Pfarrstelle St. Georg Bortfeld mit St. Matthias Wedtlenstedt.

Der Pfarrverband besteht aus den Orten Bortfeld (ca. 2.500 Einwohner/1.500 Gemeindeglieder) und Wedtlenstedt (ca. 1.600 Einwohner/750 Gemeindeglieder). Beide Dörfer haben einen Kindergarten und eine Grundschule. Weiterführende Schulen sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen.

Pfarrsitz ist Bortfeld. Hier gibt es ein geräumiges Pfarrhaus mit Garten.

Zwei engagierte Kirchenvorstände, Teilzeitmitarbeiter/innen und Gemeindegruppen, die von Ehrenamtlichen geleitet werden, unterstützen den/die Pfarrer/in bzw. das Pfarrerehepaar. Das Konfirmandenmodell ist z. Zt. das KFS.

Die Gemeinden wünschen sich eine/n Pfarrer/in, der/die sich in die vorhandene dörfliche Gemeinschaft integriert und mit den aktiven und selbstständig arbeitenden kirchlichen (z. B. Kirchenvorstand, Frauenhilfe, Besuchsdienst, Kindergottesdienst bzw. Kinderkirchenteam, Kirchenchor) und örtlichen Gruppen (z. B. Altenkreis, Feuerwehr, Sportverein, Schützen-

verein, Theaterkreis) zusammen arbeiten möchte und dabei das Gemeindeleben mit neuen Impulsen belebt.

Für weitere Informationen stehen Frau Brandes (05302/1770) und Herr Mecke (05302/4857) zur Verfügung.

Die Besetzung erfolgt durch die Kirchenregierung. Bewerbungen sind bis zum 14. Oktober 2005 an das Landeskirchenamt zu richten. Der Bewerbung ist ein kurzer Lebenslauf hinzuzufügen.

Pfarrstelle St. Petri Sickinge Bezirk I.

Die Besetzung erfolgt durch Gemeindevahl. Bewerbungen sind bis zum 14. Oktober 2005 über das Landeskirchenamt an den Kirchenvorstand Sickinge zu richten. Der Bewerbung ist ein kurzer Lebenslauf hinzuzufügen.

Besetzung von Pfarrstellen und anderen Stellen

Eine Stelle mit allgemeinkirchlicher Aufgabe – Stelle beim Landesbischof – ab 1. September 2005 mit Pfarrerin Cornelia Götz, bisher Gielde.

Die Pfarrstelle St. Petri Jerxheim mit Beierstedt und Dobbeln ab 1. September 2005 mit Pfarrer Andreas Widowski, bisher Evessen.

Eine Stelle mit allgemeinkirchlicher Aufgabe – Erteilung von Religionsunterricht an Schulen – ab 1. August 2005 mit Pfarrer Harald Böhm, bisher Bodenstedt.

Die Pfarrstelle Groß und Klein Döhren mit Neuenkirchen ab 1. September 2005 mit Pfarrer Hans-Dieter Scheipner, bisher Groß und Klein Döhren mit Zusatzauftrag.

Eine Stelle mit allgemeinkirchlicher Aufgabe – Krankenhausseelsorge in Goslar und Bad Harzburg – ab 1. September 2005 mit Pfarrer Udo Ahrens, bisher Krankenhausseelsorge in Goslar.

Verwaltung von Pfarrstellen und anderen Stellen bzw. Beauftragung

Pfarrer Dr. Kurt Paesler wurde ab 1. September 2005 zusätzlich zu der Pfarrstelle Bettingerode-Westerode mit der Verwaltung der Pfarrstelle Martin Luther Bezirk Mitte in Bad Harzburg beauftragt, bisher Bettingerode-Westerode mit Zusatzauftrag.

Pfarrerin auf Probe Elke Rathert, bisher in Elternzeit, wurde ab 1. September 2005 mit der Verwaltung einer Pfarrstelle im Quartierspfarramt St. Johannis und Martin Luther in Braunschweig im Umfang von 50 % beauftragt.

Personalnachrichten

Beurlaubung

Pfarrer Rüdiger Becker wurde mit Wirkung vom 1. September 2005 für den Dienst in der Ev. Stiftung Neuerkerode beurlaubt.

Ruhestand

Pfarrer Eckhard Bahrke, Hornburg, ist mit Ablauf des 31. August 2005 in den Ruhestand getreten.

Verstorben

Landeskirchenrat i. R. Ulrich Hampel, Wolfenbüttel, ist am 12. Juli 2005 verstorben.

Landeskirchenamt

Landeskirchenoberinspektor Ralf Moser wurde mit Wirkung vom 1. September 2005 zum Landeskirchenamtmann ernannt.

Wolfenbüttel, 15. September 2005

Landeskirchenamt

Müller

Die Ev.-Luth. Kirche in Bayern hat uns gebeten, auf folgendes hinzuweisen:

Kur- und Urlauberseelsorgedienste in Bayern, Sommer 2006

Die Ev.-Luth. Kirche in Bayern bietet Pfarrerinnen und Pfarrern aus den Gliedkirchen der EKD (auch rüstigen Ruheständlern) 80 vierwöchige Einsätze als Kur- und Urlauberseelsorger/innen in landschaftlich schön gelegenen Urlaubs- und Kurorten in Bayern (insbesondere Allgäu, Oberbayern, Bayerischer Wald) an. Gefordert ist die Bereitschaft zu lebensnaher Verkündigung, Seelsorge und Mitarbeit im Rahmen des örtlichen Kur- und Urlauberseelsorgekonzeptes. Die Bejahung der volksskirchlichen Situation einer Kurgäste- und Urlaubergemeinde wird vorausgesetzt.

Bei Übernahme eines solchen Dienstes werden die Fahrtkosten (DB günstigster Tarif) erstattet, ein Zuschuss zur Unterkunft gewährt (bei Familien, die mit am Einsatzort sind: kostenlose Ferienwohnung bei Stellen der Gruppe I u. II) und – je nach Stelle – eine Aufwandsentschädigung von 266 € bis 336 € gezahlt.

Bewerbern im aktiven Dienst wird je nach landeskirchlicher Regelung ein Teil des Dienstes nicht auf den Urlaub angerechnet.

Die Ausschreibung der einzelnen Gemeinden und die Bewerbungsunterlagen erhalten Sie unter folgender Adresse: Landeskirchenamt München, Referat C1.1, Kirchenrat Steinbauer, Postfach 200751, 80007 München, Fax (089) 54 91 63 67. Bewerbungen müssen spätestens bis 18. November 2005 vorliegen.

Die Evangelische Kirche in Hessen und Nassau hat uns gebeten, auf folgendes hinzuweisen:

In der Kirchenverwaltung der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (EKHN) mit Sitz in Darmstadt ist zum 01.05.2006 die Stelle einer Oberkirchenrätin / eines Oberkirchenrates für die

**Leitung des Dezernats 1
– Kirchliche Dienste –**

zu besetzen.

Die drei Dezernate der Kirchenverwaltung wurden nach Verabschiedung des neuen Kirchenverwaltungsgesetzes zu Beginn des letzten Jahres gebildet. Im Rahmen der weiteren Reformschritte werden derzeit die dezernatsinternen Aufgaben- und Referatsstrukturen auf die Gesamtveränderungen der EKHN neu ausgerichtet. Für das Dezernat 1 Kirchliche Dienste bedeutet dies eine Verlagerung der bisherigen Aufgabenschwerpunkte hin zu einer Gesamtkoordination der Aktivitäten in den Handlungsfeldern der EKHN sowie die Unterstützung der Kirchenleitung in ihrer Steuerungsaufgabe durch ein ständiges Berichtswesen und durch die konzeptionelle Vorbereitung zentraler kirchlicher Grundsatzfragen.

Ein Anforderungsprofil kann bei der EKHN angefordert werden. Die Besoldung erfolgt nach B 3. Eine Berufung auf diese Stelle erfolgt nach dem Kirchenverwaltungsgesetz auf Vorschlag der Kirchenleitung durch die Kirchensynode für die Dauer von sechs Jahren. Eine wiederholte Berufung ist möglich.

Weitere Auskünfte erteilt: Die Leiterin der Kirchenverwaltung, Frau Oberkirchenrätin Sigrid Bernhardt-Müller, Tel. 06151/405 296.

Bewerbungen erbitten wir bis 30.09.2005 an die Kirchenverwaltung der EKHN, Leiterin der Kirchenverwaltung, Paulusplatz 1, 64285 Darmstadt.

Wolfenbüttel, 15. September 2005

Landeskirchenamt

Müller
