

Durchführungshinweise (DFH)

zur

Landesverordnung

**über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein
(Beihilfeverordnung - BhVO -) vom 15. November 2016 (GVOBl. Schl.-H. S. 863),
geändert am 19. März 2018 (GVOBl. Schl.-H. S. 97)**

Vom 04. April 2018

Hinweise zu § 1 – Grundsatz

Zu § 1 Absatz 1 und 2:

1. Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit aller Beamtinnen und Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Durch die Gewährung von Beihilfe erfüllt der Dienstherr die den Beamtinnen und Beamten und deren Familien gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem prozentualen Anteil zu beteiligen, die durch die beihilfekonforme Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. Diese ergänzende Fürsorgeleistung ist nicht mit Versicherungsleistungen zu vergleichen, sondern dient dazu, die Beihilfeberechtigten und ihre Familien in Fällen von Aufwendungen durch Krankheiten vor finanzieller bzw. wirtschaftlicher Notlage zu schützen.

Zu § 1 Absatz 3:

1. Die Grundsatzfragen und die Durchführungsbestimmungen zur Beihilfeverordnung (BhVO) fallen in den Verantwortungsbereich des Finanzministeriums. Die auf dem Erlassweg festgelegten Regelungen/Änderungen gelten für alle unter § 1 LBG fallende Dienststellen.

Zu § 1 Absatz 4:

1. Eine Beihilfe kann nur dann gewährt werden, wenn zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (z.B. Datum der Behandlung – nicht Rechnungsdatum –, Datum des Kaufs des Hilfsmittels- oder Arzneimittels) Beihilfeberechtigung bzw. Berücksichtigungsfähigkeit bestand.
2. Bei einer Abordnung zu einem anderen Dienstherrn gelten für die Zeit der Abordnung die Beihilferegeln des abgebenden Dienstherrn, es sei denn, es ist etwas anderes vereinbart.
3. Eine Abtretung des Anspruches auf die Gewährung von Beihilfe ist nicht möglich. Die Beihilfe dient der Deckung von z.B. Krankheitskosten und ist damit für eine bestimmte Leistung zweckgebunden. In besonders begründeten Fällen ist es in Abstimmung mit der Festsetzungsbehörde möglich, die Zahlung der Beihilfe auf ein Drittkonto zu erklären. Anerkannt werden kann die Überweisung zu Gunsten z.B. eines Krankenhauses. Diese Möglichkeit, mit befreiender Wirkung an einen Dritten zu zahlen, bedarf einer besonderen Ermächtigung der oder des Beihilfeberechtigten.

Hinweise zu § 2 – Beihilfeberechtigte Personen

Zu § 2 Absatz 1:

1. Entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer sind beihilferechtlich den Beamtinnen und Beamten im aktiven Dienst gleichgestellt.
2. Die in Ziffer 3 genannten Personen sind, soweit sie Ansprüche nach Absatz 2 haben, von dem Tage an beihilfeberechtigt, an dem die oder der Beihilfeberechtigte gestorben ist.

Zu § 2 Absatz 3:

1. Als Ruhens- und Änderungsvorschriften kommen §§ 26 Abs. 1 Satz 2, 64 bis 67 und 72 Abs. 2 und 3 SHBeamtVG in Betracht.
2. Empfänger von Übergangsgeld nach § 53, § 54 SHBeamtVG sowie von Unterhaltsbeitrag auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.
3. Beamtinnen und Beamte mit Teilzeitbeschäftigung erhalten Beihilfe der Höhe nach wie bei Vollbeschäftigung. Dies gilt auch bei Inanspruchnahme von Altersteilzeit. In diesen Fällen handelt es sich um aktive Beamtinnen und Beamte und nicht um Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger (Beihilfebemessungssatz).
4. Nach § 5 Landesministergesetz erhalten Landesministerinnen und Landesminister Beihilfe in sinngemäßer Anwendung dieser Beihilfeverordnung, sofern sich ein Anspruch auf Beihilfe nicht aus anderen Landes- oder Bundesvorschriften ergibt (s. § 4).
5. Nach § 25 Abs. 1 des Schleswig-Holsteinischen Abgeordnetengesetzes (SH AbgG) erhalten Mitglieder des Schleswig-Holsteinischen Landtages und die entsprechenden Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der BhVO, sofern sich ein Anspruch nicht aus anderen Landes- oder Bundesvorschriften ergibt. Der Anspruch nach § 25 Abs. 1 SH AbgG ist somit nachrangig. Die Beihilfeberechtigung ist ausgeschlossen, wenn ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt wird (§ 25 Abs. 2 SH AbgG). Die Entscheidung über eine Leistung nach § 25 Abs. 1 oder Abs. 2 SH AbgG richtet sich nach Absatz 3 a.a.O.
6. Die Freistellung vom Dienst bis zu einer Dauer von einem Monat unter Fortfall der Bezüge ist beihilferechtlich unschädlich (§ 80 Abs. 5 Nr. 5 LBG). Die Frei-

stellung selbst darf einen Monat nicht überschreiten.

Hinweise zu § 3 – Berücksichtigungsfähige Angehörige

Zu § 3 Absatz 1:

1. Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 4 Abs. 3 zu beachten. Danach schließt die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. Nach § 4 Abs. 3 Satz 2 geht die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften (z.B.: auf Grund tarifvertraglicher Bestimmungen) der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor (Hinweis 4 zu § 4 Abs. 2 ist zu beachten).

2. Die Vorschrift erfasst grundsätzlich nur die Kinder, die im Familienzuschlag tatsächlich berücksichtigt werden oder berücksichtigungsfähig sind.
Beispiel:
Beamter, getrennt lebend, 3 Kinder. Die Kinder waren bisher über ihn privat versichert. Die Ehefrau, Angestellte im öffentlichen Dienst, pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenkasse erhält den kinderbezogenen Familienzuschlag für die drei bei ihr lebenden Kinder. Die Kinder sind grundsätzlich auch weiterhin beim verbeamteten Ehemann berücksichtigungsfähig.

- 2.1 Solange ein kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag bezahlt wird, bleiben die Kinder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig. Dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zurückgefordert wird.

- 2.2 Sind studierende Kinder berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne von Satz 3 ist eine Unterbrechung des Studiums oder der Beginn eines Zweitstudiums unschädlich, da die einmal getroffene Entscheidung zur Befreiung von

der gesetzlichen Versicherungspflicht (und Aufnahme in eine private Krankenversicherung) für Studienzeiten unwiderruflich ist.

Entscheidend ist eine Immatrikulation.

3. Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, ist Beihilfe demjenigen zu gewähren, bei dem der Betreffende bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger war.

Zu § 3 Absatz 2:

1. Die Aufzählung der Personen, die beihilferechtlich nicht zu berücksichtigen sind, ist abschließend.

Hinweise zu § 4 – Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

Zu § 4 Absatz 2:

1. Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne der Absätze 2 und 5 nicht ausgeschlossen. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht.
2. Steht eine Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen. Wird die vorgehende Beihilfeberechtigung nicht in Anspruch genommen, so ist Beihilfe aus einer nachrangigen Beihilfeberechtigung nicht zu gewähren.
3. Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen, da die Aufwendungen bereits auf Grund

eines vorgehenden Beihilfeanspruchs als beihilfefähig im Rahmen der Beihilfevorschriften anerkannt wurden (§ 4).

4. Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben und auf Grund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V bzw. keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist aus Fürsorgegründen Absatz 2 nicht anzuwenden. In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger vor.

Zu § 4 Absatz 3:

1. Erhält zum Beispiel das Kind eines verstorbenen Beamten nach § 27 SHBeamtVG Waisengeld, so ist es nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 selbst beihilfeberechtigt. Dieses Kind kann somit bei der beihilfeberechtigten Mutter bei der Gewährung von Beihilfen nicht als berücksichtigungsfähig anerkannt werden. Die Hinweise zu Absatz 2 gelten entsprechend.

Zu § 4 Absatz 6:

1. Hier sind die entsprechenden Angaben im Beihilfeantrag von größter Wichtigkeit. Es ist darauf zu achten, dass bei Beihilfeberechtigung des Ehegatten vollständige Angaben gemacht werden.

Hinweise zu § 5 – Verfahren

Zu § 5 Absatz 1:

1. Die Beihilfeanträge können auch in Textform als PDF-Dokument elektronisch (z. B. als E-Mail Anhang) gestellt werden. Dabei ist § 126b BGB zu beachten, nach dem die Erklärung lesbar sein muss, die Person der oder des Erklärenden genannt werden muss und die Erklärung auf einem dauerhaften Datenträger

ger, der speicherbar ist, abzugeben ist. Außerdem darf die Erklärung nicht veränderbar sein.

2. Beihilfen sind mit dem durch die Festsetzungsbehörde zur Verfügung gestellten Formblatt zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 93 SGB XII. Sofern Beihilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Vordrucke verwendet werden.
3. Aufwendungen für Halbweisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden. Der eigenständige Beihilfensanspruch der Halbweise nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 bleibt auch bei gemeinsamer Antragstellung bestehen. Eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 3 wird nicht begründet.
4. Besteht zum Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, so sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 2 erfüllt waren.

Zu § 5 Absatz 2:

1. Die Kopien können selbstgefertigt sein; auf eine Beglaubigung oder eine entsprechende Bestätigung der Übereinstimmung mit dem Original wird verzichtet.
2. Die Beihilfestelle kann nach vorheriger Bekanntgabe auf die Rückgabe der eingereichten Belege verzichten.

Zu § 5 Absatz 3:

1. Die Antragsfrist von einem Jahr ist eine Ausschlussfrist, die streng einzuhalten ist; bei Versäumnis kann eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nur unter den Voraussetzungen der landesverwaltungsrechtlichen Bestimmungen

dazu erfolgen (§ 90 LVwG).

- 1.1 Beihilfeanträge können direkt bei der Festsetzungsbehörde eingereicht werden. Werden sie über die Beschäftigungsdienststelle eingereicht, sind sie in einem verschlossenen Umschlag als solche kenntlich zu machen. Der Umschlag ist unverzüglich von der Beschäftigungsdienststelle ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten. Das Risiko einer verzögerten Zustellung mittels Dienstpost trägt allerdings die Antragstellerin oder der Antragsteller. Für die Jahresfrist maßgeblich ist der Eingang des Beihilfeantrags/Widerspruchs in der Festsetzungsbehörde.

2. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 93 SGB XII einen Beihilfeanspruch geltend machen. Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er dem Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. Eine Überleitung nach § 93 SGB XII ist nur zulässig, wenn Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten selbst oder bei Hilfen in besonderen Lebenslagen für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten, nicht getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder für seine berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) entstanden sind. In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsbehörde Widerspruch einzulegen und ggf. Klage zu erheben.

3. Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt Beihilfeberechtigte nach § 19 Abs. 5 SGB XII im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, so kann nur die oder der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfeträger ist zulässig. Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (vgl. § 1 Abs. 4).

4. Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Absatz 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung
 - den Erbringer der Leistungen (z.B. Heim, Anstalt),
 - den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Personen),

- die Art (z.B. Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen
und
- die Leistungshöhe

enthält. Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden.

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

Zu § 5 Absatz 4:

1. Für die bis zum Tode oder aus Anlass des Todes eines Beihilfeberechtigten für ihn und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstandenen Aufwendungen sind die sich für die einzelnen Personen nach § 6 ergebenden Bemessungssätze, wie sie am Tage vor dem Tode maßgebend waren, zu Grunde zu legen.
3. Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes erlassene Beihilfebescheide sind, sofern sie von der Festsetzungsbehörde abgesandt sind, aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

Zu § 5 Absatz 5:

1. Die mit dem Antrag eingereichten Belege (Krankenhausrechnungen, Arzthonorare, Rezepte usw.) sind strikt zweckgebunden von den dafür zuständigen Mitarbeitern der Festsetzungsbehörde zu verwenden.
Der personalbearbeitenden Dienststelle ist es aus Gründen des Datenschutzes verwehrt, die Belege anzufordern. Dieses Verwertungsverbot besteht auch für Vorgesetzte, Verwaltungsbehörden und Gerichte, die außerhalb des Verfahrens zur Festsetzung oder Überprüfung der Beihilfe die Festsetzungsstelle um eine Auswertung der Beihilfedaten ersuchen.

Zu § 5 Absatz 7:

1. Eine Abschlagszahlung ist nur dann vorzunehmen, wenn ohne eine Voraus- bzw. Zwischenzahlung die medizinische Behandlung nicht durchgeführt würde oder der dem Grunde nach beihilfefähige Gesamtbetrag (§ 7) 2.600 € übersteigt.
Der Antrag auf Zahlung eines Abschlages ist mit dem vorgesehenen Vordruck zu stellen.
2. Anträge auf Abschlagszahlungen sind möglichst innerhalb von drei Tagen zu bearbeiten. Falls keine Beihilfeberechtigung besteht, ist das Krankenhaus zu unterrichten.
3. In den Fällen der §§ 12 a-d BhVO kann auf Antrag für die Dauer von bis zu sechs Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten für diesen Zeitraum endgültig festzusetzen.

Hinweise zu § 6 – Bemessung der Beihilfen

Zu § 6 Absatz 1:

1. Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist Status der Beihilfeberechtigten zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 8 Abs. 2).
2. In den Fällen des Satzes 3 ist der erhöhte Bemessungssatz für alle Aufwendungen zu Grunde zu legen, die während des Zeitraums der Zahlung des erhöhten Familienzuschlags entstanden sind bzw. entstanden wären, wenn ein Familienzuschlag zustünde (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Maßgebend ist dabei der Anfang des Monats, in dem die Voraussetzungen vorliegen.

3. Für die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 6 Abs. 1 Satz 3 BhVO ist nicht die tatsächliche Berücksichtigung der Kinder im Familienzuschlag erforderlich. Es reicht aus, wenn die Kinder berücksichtigungsfähig sind. Die Erhöhung des Bemessungssatzes erfolgt immer rückwirkend zum 1. eines Monats.
4. Die Entscheidung bei konkurrierenden Beihilfeberechtigten, wer den höheren Bemessungssatz erhält, kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden, wenn die zugrunde liegenden Lebensverhältnisse sich verändert haben (Beispiel: Ehescheidung).

Zu § 6 Absatz 2:

1. Die für das anlässlich einer Kur (§ 11 Abs. 7) mit aufgenommene Kind entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind dem Elternteil zuzurechnen, d.h. es kommt der Beihilfebemessungssatz von 50 % oder 70 % zur Anwendung, nicht der des Kindes von 80%.
2. Aufwendungen, die anlässlich einer künstlichen Befruchtung anfallen, sind verursacherbezogen zuzuordnen und gelten als diesem entstandenen Kosten mit dessen persönlichem Bemessungssatz.

Zu § 6 Absatz 3:

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

vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

2. Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. Ein Leistungsausschluss liegt u.a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z.B. Suchtkrankheit, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.
3. Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur dann vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z.B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

Zu § 6 Absatz 4:

1. Für die Erteilung des notwendigen Einvernehmens zur Erhöhung des Bemessungssatzes gem. Nr. 2 wegen hoher Beitragsbelastung bei einem Empfänger von Versorgungsbezügen mit geringem Gesamteinkommen wird vorläufig folgender Maßstab zu Grunde gelegt:
 - Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung muss 15 v.H. des Gesamteinkommens übersteigen. Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen

des Versorgungsempfängers und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistung für Kindererziehung nach § 294 SGB VI.

- Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden 12 Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung.
- Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um 10 v.H. Die Erhöhung gilt für den Versorgungsempfänger und den berücksichtigungsfähigen Ehegatten für ein Kalenderjahr und muss neu beantragt werden.

Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen.

2. Ein besonderer Ausnahmefall im Sinne der Nummer 2 kann auch vorliegen, wenn sich aus der Anwendung des § 8 Abs. 5 Nr. 9 Härten ergeben können.

Hinweise zu § 7 – Begrenzung der Beihilfen

Zu § 7 Absatz 1:

1. Nach § 7 Satz 1 BhVO darf die Beihilfe zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 13. November 1990 – 2 BVerfG 3/88 – (BVerfGE 83, S. 89) – entschieden, dass die 100 %-Begrenzung mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Übersteigt der Betrag der nach § 7 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, so ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

Zu § 7 Absatz 2:

1. Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, den dazu gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. gegenüberzustellen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den einzelnen Paragraphen näher bezeichneten Aufwendungen mit ihrem Rechnungsbetrag, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (z.B. Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen für nicht verordnete Arzneimittel, für Mittel und Behandlungen, die von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind.
2. Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Vomhundertsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag nach dieser Beihilfeverordnung durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen.
3. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag – etwa für die einzelnen Positionen – die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. Vielmehr sind alle im selben Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen Aufwendungen für eine Heilkur (§ 11) und bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§§ 12 ff.) den insgesamt hierzu gewährten Leistungen gegenüberzustellen. Die Aufwendungen nach §§ 11, 12 werden daher getrennt abgerechnet.
4. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit und somit nicht in die Begrenzung mit einzubeziehen.

Hinweise zu § 8 – Grundsatz der Beihilfefähigkeit

Zu § 8 Absatz 1:

1. Ob Aufwendungen dem Grunde nach notwendig sind, ist im Allgemeinen der Beurteilung des behandelnden Arztes/Zahnarztes/Heilpraktikers zu überlassen. Treten Zweifel über die Notwendigkeit einer Behandlung oder einer ärztlichen Verordnung auf, so kann die Festsetzungsbehörde das Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einholen. Gutachten dürfen, sofern dazu persönliche Daten erforderlich sind, nur mit Einverständnis der oder des Beihilfeberechtigten eingeholt werden.

2. Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen, sowie Leistungen von Heilpraktikern, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind nicht beihilfefähig (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ, § 1 Abs. 2 Satz 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

3. Die Fürsorgepflicht kann es in besonderen Einzelfällen, insbesondere bei lebensbedrohenden oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheiten erfordern, eine Beihilfe zu den Kosten einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode nach den jeweiligen Bemessungssätzen zu erstatten (BVerfG, Beschluss v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98).
Konkret besteht diese Verpflichtung dann, wenn
 - a) sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer bestimmten Krankheit noch nicht herausgebildet hat
oder
 - b) die anerkannte Behandlungsmethode nicht angewendet werden darf oder für die oder den Beihilfeberechtigten unzumutbar ist
oder
 - c) eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist.In diesen Fällen muss die nicht ganz entfernt liegende Möglichkeit bestehen, dass die nicht wissenschaftlich anerkannte Methode zu einer erkennbaren Linderung der Krankheitsfolgen führt.

4. Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des § 14 beihilfefähig.
- 5.1. Die Gebührenordnung für Ärzte und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ, GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zu Grunde zu legen sind. Der in der GOÄ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.
- 5.2. Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 8 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. einem Krankenhaus) 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.
- 5.3. 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 Gebührensatznummern:

- 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 Abschnitts G der GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren durch vertrauensärztliche Gutachter, sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.

6.1 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 GOÄ, vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nach § 8 Abs. 1 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Satz 1 und 2 GOÄ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur dann gegeben sein, wenn die einzelne Leistung

- 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, vgl. z.B. Nr. 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

6.2. Gem. § 5 Abs. 1 GOZ bemisst sich die Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Der 2,3-fache Gebührensatz bildet die

nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab.

- 6.3. Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung zur Überschreitung der Werte auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Wertes rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den behandelnden Arzt/Zahnarzt näher erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, so ist im Landesbereich mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten durch das Finanzministerium eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer/Zahnärztekammer oder eines medizinischen/zahnmedizinischen Gutachters einzuholen.
- 6.4. 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 gesamten Gebührenordnung für Ärzte zwecks Anwendung einer anderen Gebührenordnung ist nicht zulässig. Eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 zulässig. Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ oder § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert (GOÄ) bzw. bis zum 2,3-fachen des Gebührensatzes (GOZ) als angemessen im Sinne der Beihilfeverordnung (§ 8 Abs. 1 Sätze 1 und 2) angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung der Werte bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Hinweis Nummer 6.1 bis 6.3 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem Finanzministerium als beihilferechtlich anerkannt werden. In diesen Fällen kann die Einschaltung der Ärztekammer/Zahnärztekammer erforderlich werden; das Einverständnis der Beihilfeberechtigten muss vorliegen.
7. Die Behandlungspauschalen der Sozialpädiatrischen Zentren und der ambulanten Anschlussrehabilitationen sind beihilfefähig.

8. Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen sind die als Anhang 1 beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht zu beachten.

Zu § 8 Absatz 2:

1. Als Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen gilt der Tag der Behandlung durch den Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Masseur usw., der Einkauf von Arzneimitteln, die Lieferung von Hilfsmitteln und dergleichen.

Zu § 8 Absatz 3:

1. Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z.B. auch Ansprüche von Studenten, die nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) pflichtversichert sind, sowie Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen. Ebenso gehören dazu die Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. Zu den Leistungen gehören ferner Ansprüche – ausgenommen Bestattungsgelder nach dem Bundesversorgungsgesetz – auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge und zwar auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden; dies gilt nicht, wenn diese Leistungen vom Einkommen oder Vermögen der oder des Leistungsberechtigten oder seiner bzw. seines unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.
Sach- und Dienstleistungen von in der GKV versicherten Beihilfeberechtigten zählen nicht dazu, deren An- bzw. Nichtanrechnung richtet sich nach Absatz 5. Ansprüche auf Krankheitsfürsorge auf Grund Art. 31 Abs. 2 des Status des Lehrpersonals der Europäischen Schulen dürfen nicht mehr als zustehende und damit vorrangig zu beanspruchende Leistungen von der Beihilfe abgezogen werden. Diese Personengruppe muss zunächst Beihilfe beantragen, anschließend werden die gewährten Leistungen durch das europäische gemeinsame Krankenfürsorgesystem bei dessen Erstattung berücksichtigt.
2. Satz 3 findet Anwendung z.B. bei privatärztlicher Behandlung, bei Nichtinan-

spruchnahme von zustehenden Kassenleistungen.

3. Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615 a i.V.m. § 1610 Abs. 2 BGB). Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 8 Abs. 3 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. Daher kann die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfe beansprucht. Auf den Anspruch der Mutter des nichtehelichen Kindes gegen den Vater auf Ersatz ihrer Entbindungs- und Folgekosten (vgl. § 1615 I Abs. 1 Satz 2 BGB) findet § 8 Abs. 3 Satz 1 keine Anwendung; Beihilfen sind „Leistungen des Arbeitgebers“ im Sinne des § 1615 I Abs. 1 Satz 2 BGB. Diesen Leistungen gegenüber tritt der Anspruch der Mutter gegen den Vater zurück. Die mit § 1615 I Abs. 1 Satz 2 BGB getroffene gesetzgeberische Entscheidung ist für die Anwendung des § 8 Abs. 3 Satz 1 bindend. Das bedeutet, dass der Mutter des nichtehelichen Kindes Beihilfen für die Entbindungs- und Folgekosten nicht versagt werden dürfen.
4. Eine nach der Beihilfeverordnung zustehende Beihilfe hat Vorrang vor den Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (§ 2 Abs. 1 SGB XII). Dies gilt auch dann, wenn nach dem Sozialgesetzbuch XII vorgeleistet wird. Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus dem Entschädigungsfonds für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 Pflichtversicherungsgesetz.
5. Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis gehören nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr auf Grund des Bundesversorgungsgesetzes gewährt werden.

6. Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind 65 % als gewährte Leistungen von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen.

Beispiel:

Privatzahnärztliche Versorgung einer zahnbegrenzten Lücke

mit 2 nebeneinander fehlenden Zähnen:	= 1.174,98 €
Honorar:	= 624,98 €
Material- und Laborkosten	= 550,00 €
Beihilfefähig vor Abzug gem. § 8 Abs. 3 Satz 2:	
Honorar	= 624,98 €
Material- und Laborkosten (60 % von 550,00 €)	= 330,00 €
Zusammen:	= 954,98 €
./ 65 % gem. § 8 Abs. 3 Satz 2	= 620,74 €
Beihilfefähig nach Abzug gem. § 8 Abs. 3 Satz 2:	= 334,24 €
Beihilfe bei Bemessungssatz 50 %	= 167,12 €

7. Satz 6 gilt nicht für pflichtversicherte Beschäftigte, die unter die Übergangs- bzw. Ausnahmeregelung der aufgehobenen Beihilfeverordnung des Landes S-H für Arbeitnehmer fallen.

Zu § 8 Absatz 4:

1. Aufwendungen für Leistungen bzw. Behandlungen sind grundsätzlich weltweit nach den Regelungen der Beihilfeverordnung beihilfefähig. Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.10.2011 (2 C 14.10) ist eine Begrenzung der beihilfefähigen Aufwendungen bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden wären, bei Notfallbehandlungen im Ausland dann nicht zulässig, wenn für den Behandelten aufgrund der Notsituation keine Möglichkeit bestand, eine kostengünstigere inländische Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Dies gilt insbesondere für die Fälle, in denen es darauf ankommt, dass die medizinische Behandlung so schnell wie möglich einsetzt, so dass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

Zu § 8 Absatz 5 Nummer 2:

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. Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz). Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung vor der Berechnung der Beihilfe in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen.
2. Zu den in Nummer 2 genannten Personen gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte vom Träger der Rentenversicherung getragen werden (§ 249a SGB V).
3. Da nach Buchstabe a bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig.
Festbeträge können gebildet werden für z.B.
 - Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
 - Hilfsmittel (§ 36 SGB V).Als Festbeträge gelten auch z.B.
 - 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. 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 Sachleis-

tung zu erbringen gehabt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen.

5. Für Personen, die Leistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG erhalten 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 § 8 Absatz 5 Nummer 3:

1. Zuzahlungen, Kostenanteile und Verwaltungskostenabschläge z.B. nach §§ 13, 23 Abs. 6, 24 Abs. 3, 31 Abs. 3, 32 Abs. 2, 39 Abs. 4, 40 Abs. 5, 41 Abs. 3, 53 und 60 Abs. 2 SGB V oder entsprechende Regelungen sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. Von der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig.

Zu § 8 Absatz 5 Nummer 4:

1. Der Begriff der Einkünfte ergibt sich aus § 2 Abs. 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes (EStG).
Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten (§ 2 Abs. 1 EStG):
 - Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
 - Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
 - Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
 - Einkünfte aus Kapitalvermögen,
 - Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
 - sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG,
 - Einkünfte aus selbstständiger Arbeit.

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag sowie die Steuerermäßigung bei ausländischen Einkunftsarten, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG). Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten (§ 2 Abs. 2 EStG).

Der Betrag von 18.000 € ist der Gesamtbetrag der Einkünfte vor Abzug der Sonderausgaben, der außergewöhnlichen Belastung, der verschiedenen Freibeträge und der Einkommensteuer.

2. Maßgebend für die Höhe der Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten ist das Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des jeweiligen Beihilfeantrages. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte oder der berücksichtigungsfähige eingetragene Lebenspartner keine Einkünfte mehr über 18.000 € und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze (§ 8 Abs. 5 Nr. 4) nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist in diesem Fall aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder der berücksichtigungsfähigen eingetragenen Lebenspartner im abgelaufenen Kalenderjahr die Einkommensgrenze doch noch überschritten haben. Ist dies der Fall, so ist die unter Vorbehalt gezahlte Beihilfe zurückzuzahlen, ansonsten ist die Beihilfe endgültig festzusetzen.
3. Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig, die ausgeschlossen sind.

Zu § 8 Absatz 5 Nummer 6:

1. Entstehen bei der Behandlung durch einen nahen Angehörigen Kosten für z.B. verbrauchte Materialien (Einwegmaterial), verbrauchte bzw. angewandte Arzneimittel, so sind diese grundsätzlich als beihilfefähig anzuerkennen. Der

Nachweis muss mit Belegen erfolgen.

Zu § 8 Absatz 5 Nummer 8:

1. Die gesetzlichen Krankenkassen können bei Kostenerstattung nach den §§ 13 und 53 SGB V vorsehen, dass die Versicherten jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten zu übernehmen haben (Selbstbehalt).
2. Nach Nummer 8 sind Beträge für Abschläge bei Inanspruchnahme von Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 SGB V nicht beihilfefähig.
3. Weist die gesetzliche Krankenkasse bei Kostenerstattung nicht nach, dass Abschläge für Verwaltungskosten und Wirtschaftlichkeitsprüfungen in ihren Leistungen/Zahlungen enthalten sind, sind beihilferechtlich 15 % der Summe der Kostenerstattung von den beihilfefähigen Aufwendungen – neben der Kassenleistung – nach § 8 Abs. 3 Satz 1 – abzuziehen.
 - 4.1. Wird von der gesetzlichen Krankenkasse darauf hingewiesen, dass bei der Kostenerstattung in ihrer Kassenleistung Abschläge für Verwaltungskosten und Wirtschaftlichkeitsprüfungen enthalten sind (ohne dass der genaue Betrag genannt wird), ist bei der Beihilfefestsetzung neben der Gesamtkassenleistung kein weiterer Abzug vorzunehmen.
 - 4.2. Weist die gesetzliche Krankenkasse die Kassenleistung und die Abschläge für Verwaltungskosten und Wirtschaftlichkeitsprüfungen differenziert nach, sind beide Beträge von den beihilfefähigen Aufwendungen des Rechnungsbetrags abzuziehen (§ 8 Abs. 3 Satz 1).

Zu § 8 Absatz 5 Nummer 10:

1. Sind bei der Verletzung von Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§ 3) Schadensersatzansprüche gegenüber Dritten entstan-

den, kann generell davon ausgegangen werden, dass diese Ersatzansprüche gem. § 52 LBG auf den Dienstherrn übergegangen sind.

2. Soweit Schadensersatzansprüche entstanden sind, ein Anspruchsübergang aber ausnahmsweise nicht erfolgt oder fraglich ist, ist vor der Entscheidung über die Gewährung einer Beihilfe im Bereich der Landesverwaltung durch das Dienstleistungszentrum Personal Schl.-H. das Finanzministerium – VI 11 – einzuschalten.

Ein Anspruchsübergang kann ausgeschlossen sein,

- wenn ein Ersatzanspruch nur aus Vertrag besteht,
- wenn unfallbedingt Hilfsmittel oder Körperersatzstücke beschädigt werden,
- bei Verletzung durch einen Familienangehörigen.

In diesen Fällen prüft im Bereich der Landesverwaltung das Finanzministerium die schadensersatzrechtliche Situation und entscheidet, unter welchen Voraussetzungen eine Beihilfe gewährt wird (z.B. vorherige Abtretung des Schadensersatzanspruchs, Berücksichtigung der Leistungen einer Krankenversicherung).

3. Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern des Landes mit Beihilfeanspruch kann bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen gegen Abtretung der Schadensersatzansprüche nach Absatz 5 Nr. 10 verfahren werden (s.a. Ziff. 3.5 des Erl. des FM vom 8.5.2001 – Amtsbl. Schl.-H. S. 378).
(gilt nur noch für Fälle, die unter die Übergangsregelung der aufgehobenen Beihilfeverordnung des Landes S-H für Arbeitnehmer fallen).

Hinweise zu § 9 - Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 1:

1. Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und not-

Da die Obergrenze (mehr als 3 fehlende Zähne im Seitenzahnbereich bzw. mehr als 4 fehlende Zähne je Kieferbereich) nicht überschritten werden, sind die gesamten Aufwendungen einschl. Material- und Laborkosten beihilfefähig. Ziffer 1 der Anlage 3 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO ist hinsichtlich der Material- und Laborkosten zu berücksichtigen.

Abrechnung:

Kronen: Zähne 8 und 4 je Ziffern 5010-5040 GOZ

Brücke: Ziffer 5070 GOZ je Spanne (1 x)

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

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

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

Es handelt sich im beihilferechtlichen Sinn um zwei Einzelbrücken, die die jeweils maßgebende Obergrenze von vier fehlenden Zähnen im Kieferbereich nicht überschreitet. Die Aufwendungen sind einschließlich der Material- und Laborkosten (Ziffer 1 der Anlage 3 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO) beihilfefähig.

Abrechnung:

Kronen: Zähne 7, 2, 2 je die Ziffer 5010-5040

Brücke: Ziffer 5070 GOZ je Spanne (2 x)

Das Formblatt "Klinischer Funktionsstatus" zum Nachweis der medizinischen Notwendigkeit von funktionsanalytischen/-therapeutischen Leistungen kann von der Festsetzungsbehörde bezogen werden.

4. Aufwendungen einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation werden bis zu

der von der jeweiligen Einrichtung mit einer gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Höhe beihilferechtlich anerkannt.

- 5.1. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung richtet sich nach Anlage 2 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1.
Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Behandlungen nach den Nummern 2 und 3 der Anlage 2 ist auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens vor Beginn der Behandlung festzustellen (Vorankennungsverfahren).

Dieses Vorankennungsverfahren (Gutachterverfahren) gem. den Nummern 2 und 3 der Anlage 2 ist wie folgt durchzuführen:

- 5.1.1. Die Festsetzungsbehörde beauftragt einen vom Finanzministerium vorgesehenen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung sowie mit der Bewertung der Angaben des Arztes oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeuten genannt).
- 5.1.2. Zu diesem Zweck hat die oder der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsbehörde das Formblatt 1 ("Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie") ausgefüllt vorzulegen. Außerdem ist der behandelnde Therapeut zu ersuchen, auf Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.
- 5.1.3. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt 2a den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG, BGBl. I 1998, S. 1311) einholen.
- 5.1.4. Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und ggf. das Formblatt 2a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsbehörde zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter

gleichzeitigem Verweis auf den Auftraggeber.

- 5.1.5. Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsbehörde mit Formblatt 3 einen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt 4 und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),
 - b) das ausgefüllte Formblatt 1,
 - c) das Formblatt 4, in dreifacher Ausfertigung,
 - d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- 5.1.6. Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach Formblatt 4 ("Psychotherapie-Gutachten") - in zweifacher Ausfertigung - in dem Freiumschlag der Festsetzungsbehörde. Diese leitet eine Ausfertigung des "Psychotherapie-Gutachtens" an den Therapeuten weiter.
- 5.1.7. Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsbehörde der oder dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt 5.
- 5.1.8. Legt die oder der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid Widerspruch ein, kann die Widerspruchsbehörde im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen.
- 5.1.9. Zu diesem Zweck hat die oder der Beihilfeberechtigte den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen "Erstbericht" an den Gutachter auf Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Festsetzungsbehörde/des Gutachters eingegangen werden sollte.

- 5.1.10. Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Widerspruchsbehörde zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln.
- 5.1.11. Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Widerspruchsbehörde einen vertrauensärztlichen Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),
 - b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
 - c) einen an die Widerspruchsbehörde adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

Ein der die psychotherapeutische Behandlung ablehnender Gutachter kann nicht gleichzeitig als Obergutachter eingeschaltet werden.

Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in den Nummern 2.4. bis 2.10 und 3.4. bis 3.8 der Anlage 2 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

- 5.1.12. Auf Grundlage der (ober-)gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Widerspruchsbehörde der oder dem Beihilfeberechtigten einen Bescheid.
- 5.2. Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummern 2.3 und 3.3 der Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1) leitet die Festsetzungsstelle den vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumschlag dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat. Dabei ist das Formblatt 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. Im Übrigen gelten die Nummern 5.1.6 bis 5.1.12 entsprechend.
- 5.3. Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sollen die Anträ-

ge zur gutachterlichen Stellungnahme von der Festsetzungsbehörde den Gutachtern im Rotationsverfahren zugeleitet werden. Die Kosten des Gutachtens und des Obergutachtens trägt die Festsetzungs- bzw. Widerspruchsbehörde (Beihilfetitel).

- 5.4. Die Festsetzungsbehörde kann von dem beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren nach Nummer 5 absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der oder des Beihilfeberechtigten bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Therapeuten ergeben. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach der Anlage 2 zu § 9 Abs. 1 Nr.1.
- 5.5. Formblätter für das Anerkennungsverfahren der Beihilfefähigkeit für eine Psychotherapie sind vom Dienstleistungszentrum Personal Schl.-H. zu beziehen.
6. Aufwendungen für ambulante Entwöhnungsbehandlungen im Hinblick auf pathologisches Glücksspiel sowie Alkoholabhängigkeit sind mit bis zu 51,00 € pro Behandlung beihilfefähig.
7. Wenn eine ambulante psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung nicht ausreichend und die Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz (§ 118 SGB V) aus ärztlicher Sicht das erforderliche Instrument zur notwendigen Behandlung ist, ist diese Behandlung als dem Grunde nach notwendig im Sinne des § 8 Abs. 1 BhVO anzusehen; entsprechende Aufwendungen sind folglich dem Grunde nach beihilfefähig. Die Notwendigkeit der Behandlung ist aufgrund eines durchzuführenden Gutachterverfahrens vor Beginn der Behandlung festzustellen (Voranerkennungsverfahren gemäß Ziffer 5 der Durchführungshinweise zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO).
8. Neuropsychologische Behandlungen werden bei Einzelsitzungen bis zu 60 Behandlungseinheiten von mindestens 50 Minuten Dauer bzw. maximal 120 Be-

handlungseinheiten von mindestens 25 Minuten Dauer beihilferechtlich anerkannt. Bei Gruppensitzungen mit mindestens 100 Minuten Dauer werden bis zu 40 Behandlungseinheiten, bei einer Dauer von mindestens 50 Minuten bis zu 80 Sitzungen anerkannt.

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 2:

1. Beim Kauf eines Arznei- bzw. Verbandmittels ist für die beihilferechtliche Anerkennung die Verordnung durch einen Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker Voraussetzung.
Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dgl., die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 3:

1. § 9 Abs. 1 Nr. 3 regelt nur die Behandlungskosten. Die Unterkunfts- und Verpflegungskosten bei einer ärztlich angeordneten Heilbehandlung, die eine Heimunterbringung erforderlich macht, sind in § 9 Abs. 1 Nr. 10b geregelt.
2. Die Aufwendungen für vom Heilpraktiker angeordnete Heilmittel sind nicht beihilfefähig.
3. Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete Heilmittel sind gem. § 9 Abs. 1 Nr. 3 BhVO beihilfefähig, sofern die Behandlungen von Angehörigen anerkannter Heilhilfsberufe durchgeführt wurden.
 - 3.1. Die genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- und Medizinalberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht. 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, Eurhythmie-Lehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.

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 Heilmittel nur beihilfefähig, sofern sie durch einen in § 9 Abs. 1 Nr. 3 BhVO genannten Behandler durchgeführt werden (s. auch Hinweise zu Nr. 3). Dabei gilt Folgendes:
 - 4.1. Art und Umfang der verwendeten Heilmittel sind nachzuweisen. Aufwendungen hierfür sind im Rahmen der in Anlage 4 BhVO genannten Höchstbeträge beihilfefähig. Ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.
 - 4.2. Wird bei einer teilstationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 € beihilfefähig; Platzfreihaltegebühren sind damit nicht beihilfefähig.
 - 4.3. Wird bei einer stationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 € beihilfefähig. Für die Kosten für Unterkunft und Verpflegung gilt § 9 Abs. 1 Nr. 10 Buchstabe b, für Platzfreihaltegebühren Hinweis Nr. 3 zu § 9 Abs. 1 Nr. 10 Buchstabe b.

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 4:

1. Erfolgt die Beschaffung (auch Miete) auf Grund einer Verordnung durch einen

Heilpraktiker, so sind die Aufwendungen nicht beihilfefähig, da sie nicht vom Arzt schriftlich verordnet wurden.

2. Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Fernbedienung für Hörgeräte sind zusätzlich beihilfefähig.
3. Für den Bereich des Landes gilt das in Nr. 9 der Anlage 5 zu § 9 Abs. 1 Nr. 4 vorgesehene Einvernehmen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit bei Aufwendungen für die Beschaffung von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle als allgemein erteilt, wenn die Aufwendungen nicht mehr als 1000 € betragen. Hilfsmittel und Geräte mit einem höheren Beschaffungsbetrag sind dem Finanzministerium zur Genehmigung vorzulegen.
4. Die Refraktionsbestimmung durch den Augenoptiker nach Nr. 11.1 der Anlage 5 zu § 9 Abs. 1 Nr. 4 genügt auch, wenn bei der erneuten Beschaffung einer Brille z.B. andere Gläser oder statt einer Brille Kontaktlinsen notwendig sind.
5. Sofern der medizinische Zweck für die Beschaffung einer Sehhilfe nicht der optischen Korrektur dient, ist eine Verordnung durch einen Augenarzt nicht zwingend erforderlich; die Verordnung kann hier auch durch einen Arzt einer anderen Fachrichtung erfolgen.
6. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für eine Bildschirm-Brille am Arbeitsplatz, da diese in den Bereich der Arbeitsmittel fallen. Eine Ausnahme von dieser Regelung ist im Landesbereich in den Fällen gegeben, in denen zum Ausgleich eines Sehfehlers bereits eine Sehhilfe benötigt wird und lediglich eine besondere Sphäre für den Bereich des Bildschirms in die vorhandene Sehhilfe eingearbeitet werden muss. Hierbei handelt es sich um ein Hilfsmittel i.S. des § 9 Abs. 1 Nr. 4 BhVO, da die Brille nicht nur am Arbeitsplatz benötigt wird.
7. Die Beträge für Kontaktlinsen werden nicht um die Beträge für Brillengläser erhöht.

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 6:

1. Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung noch nach den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung, ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der BPfIV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig.
Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson können außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 13,00 € täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner stationären Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.
2. Sonderentgelte sind beihilfefähig. Beihilfefähig sind auch DRG-Zuschläge.
3. Zu vollstationären oder teilstationären Krankenhausleistungen zählen auch stationäre und teilstationäre Leistungen zur Rehabilitation, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließen (Anschlussrehabilitation). Als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.
Anschlussrehabilitationen in Einrichtungen des DRV-Bund mit Pauschalabrechnungen sind beihilfefähig.
4. Für die Vergleichsberechnung bei Behandlung in Kliniken, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind grundsätzlich die Kosten für die dem Wohnort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik) heranzuziehen. Bei dem Kostenvergleich sind jeweils die Bruttobeträge (einschließlich Umsatzsteuer) gegenüberzustellen. Dabei ist § 17 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu beachten (keine höheren Entgelte als nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz dem

Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung für ausgelagerte Einrichtungen). Bei Anschlussrehabilitation ist ein diesbezüglicher Kostenvergleich nicht erforderlich.

5. Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen nach § 18 KHEntG und § 16 BPfIV sind beihilfefähig.

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 7:

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

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

2. Die Kosten einer durchschnittlichen Krankenpflegekraft betragen zurzeit 4145,10 €.

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 8:

1. Eine geringfügige Erwerbstätigkeit im Sinne des Buchstaben d ist nur dann ge-

geben, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt.

2. Die Voraussetzungen des Buchstaben e liegen auch vor, wenn der Erkrankte nach stationärer Behandlung die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht, auch nicht teilweise, wieder aufnehmen kann.
3. Die Voraussetzungen sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 9:

1. Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus oder Sanatorium aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.
2. Aufwendungen für Fahrten zu ambulanten Krankenbehandlungen (§ 9 Abs. 1 Nr. 9 Buchstaben d und e) sind beim Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen bzgl. der Hin- und Rückfahrt beihilfefähig.
3. Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung sind grundsätzlich beihilfefähig, wenn es sich um eine Dialysebehandlung, onkologische Strahlentherapie oder

onkologische Chemotherapie handelt. Ist bei erkrankten Minderjährigen eine Begleitung durch eine andere Begleitperson erforderlich, sind deren Fahrkosten zum Bemessungssatz der erkrankten Person ebenfalls beihilfefähig. Diese Kosten werden der erkrankten Person zugerechnet. Das gilt ferner für Fahrten zur ambulanten Behandlung von Personen, bei denen im Schwerbehindertenausweis die Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ eingetragen oder die gemäß Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind. In anderen Fällen der Beantragung von Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen ist eine ärztliche Verordnung vorzulegen, anhand derer die Beihilfefestsetzungsstelle das Vorliegen eines vergleichbaren Schweregrades und einer vergleichbaren Behandlungsintensität prüfen kann.

4. Bei der Benutzung des privateigenen Personenkraftwagens wird zurzeit eine Kilometerpauschale von 0,20 €, höchstens jedoch 130 € jeweils für Hin- und Rückfahrt, (§ 5 Abs. 1 Satz 2 des Bundesreisekostengesetzes) gewährt.

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 10:

1. Absatz 1 Nr. 10 Buchstabe b setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung (stationäre Unterbringung) voraus. Eine Unterbringung nur tagsüber (teilstationäre Unterbringung) reicht nicht aus. Buchstabe b findet deshalb bei teilstationärer Unterbringung keine Anwendung.
2. Einrichtungen, die der Betreuung oder der Behandlung von Kranken und Behinderten dienen, können z.B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten, Heimsonderschulen, Behindertenwohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, therapeutische Bauernhöfe und Übergangsheime für Suchtkranke sein. Voraussetzung ist, dass die Unterbringung anlässlich einer Heilbehandlung nach Absatz 1 Nr. 3 erforderlich ist.
3. Betten- und Platzfreihaltegebühren, die für die Unterbrechungen durch Krankheit des Behandelten erhoben werden, sind bis zu insgesamt 5,50 Euro täglich beihilfefähig. Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der

Person des Behandelten liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen je Abwesenheit.

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 11:

1. Die Aufwendungen für die Registrierung sind beihilfefähig.

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 13:

1. § 27a SGB V lautet wie folgt:

„(1) Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen auch medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn

- 1. diese Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,*
- 2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme drei Mal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,*
- 3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,*
- 4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und*
- 5. sich die Ehegatten vor Durchführung dieser Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a erteilt worden ist*

und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehreren Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Absatz 1 Nr. 2 zweiter Halbsatz und Nr. 5 nicht anzuwenden.

(3) Anspruch auf Sachleistungen nach Absatz 1 besteht nur für Versicherte, die das 25. Lebensjahr vollendet haben; der Anspruch besteht nicht für weibliche Versicherte, die das 40. und für männliche Versicherte, die das 50. Lebensjahr vollendet haben. Vor Beginn der Behandlung ist der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die Krankenkasse übernimmt 50 vom Hundert der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchge-

führt werden.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 1.“

2. Der Bundesgerichtshof hat in seinem Urteil vom 03.02.2004 (IV ZR 25/03) festgestellt, dass die Zuordnung der Behandlungsmaßnahmen nach dem Verursacherprinzip zu erfolgen habe. Liegt die Ursache der Unfruchtbarkeit z.B. beim Mann, sind auch In-Vitro-Fertilisationen und ICSI-Behandlung als Teil der Gesamtbehandlung diesem zuzuordnen (s. auch § 6 Abs. 2 Nr. 5 BhVO).
3. § 9 Abs. 1 Nr. 13 BhVO bewertet eine Zeugungsunfähigkeit als Krankheit, deren Behandlung beihilfefähig ist (im Gegensatz zu § 27 a SGB V).
4. Die Festsetzungsstelle kann sich zur Feststellung des Verursachers der Fertilitätsstörung sowie hinsichtlich der medizinischen Geeignetheit der geplanten Befruchtungsart an der Entscheidung der Krankenkasse orientieren.

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 15:

1. Die Aufwendungen für „Ganzheitsbehandlungen“ sind bei ambulanten wie auch bei teil- oder vollstationären Durchführungen dann als beihilfefähig anzuerkennen, wenn sie von einem berufsübergreifenden Behandlungsteam, dem Ärzte, Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angehören, durchgeführt werden.
2. Die in Rechnung gestellten Aufwendungen sind beim Nachweis eines Vertrages zwischen Behandlungsinstitut und eines gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherungsträgers bis zu den vereinbarten Beträgen anzuerkennen.
3. Liegen solche Verträge nicht vor, ist die Entscheidung des Finanzministeriums einzuholen.

Zu § 9 Absatz 2 Nummer 2:

1. Aufwendungen für Mund- und Rachentherapeutika sind ausnahmsweise bei Pilzinfektionen beihilfefähig; die Notwendigkeit muss ärztlich bescheinigt werden.

Zu § 9 Absatz 2 Nummer 3:

1. Aufwendungen für Abführmittel sind dann beihilfefähig, wenn diese wegen einer schweren Grunderkrankung lebensnotwendig sind (z.B. postoperative Zustände, schwere Erkrankung des Darmes, Querschnittslähmung); die Notwendigkeit muss ärztlich bescheinigt werden.

Zu § 9 Absatz 2 Nummer 5:

1. Zu den Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen gehören z.B. Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer, medizinische Körperpflegemittel uvm.
2. In Ausnahmefällen sind Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig sind oder mindestens der Pflegegrad 3 vorliegt bei
 - Ahornsirupkrankheit
 - Colitis ulcerosa
 - Kurzdarmsyndrom
 - Morbus Crohn
 - Mukoviszidose
 - Phenylketonurie
 - erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluck-

beschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z.B. Mundboden- und Zungenkarzinom)

- Tumorthérapien (auch nach der Behandlung)
- postoperativer Nachsorge
- angeborene Defekte im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel
- angeborene Enzymdefekte, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden
- AIDS-assoziierten Diarrhöen
- Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt
- Multiplen Nahrungsmittelallergien
- Niereninsuffizienz

3. Aufwendungen für Elementardiäten sind für Kinder mit Kuhmilcheiweißallergie bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres beihilfefähig. Bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis sind Elementardiäten, die für diagnostische Zwecke für einen Zeitraum von einem halben Jahr eingesetzt werden, beihilfefähig.

Zu § 9 Absatz 3:

1. Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilmittel, die weder in Anlage 4 BhVO aufgeführt noch mit den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet das Finanzministerium.
2. Gemäß Satz 1 Nr. 1 und 2 wird für nachstehende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ganz oder teilweise ausgeschlossen bzw. vom Vorliegen bestimmter Indikationen abhängig gemacht:

2.1. Völliger Ausschluss:

A

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

B

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

C

- Chelat-Infusionstherapie
- Cytotoxologische Lebensmitteltests
- Computergestützte mechanische Distraktionsverfahren zur nichtoperativen segmentalen Distraction an der Wirbelsäule (z.B. SpineMED-Verfahren)

E

- Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- Elektro-Neural-Diagnostik
- Energetische Therapie
- Exoskelette

F

- Frischzellentherapie

G

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

H

- Heileurhythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung
- Human neuro-cybrainetics (HNC)

I

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

K

- Kariesdetektor-Behandlung
- Kinesiologische Behandlung (die Pflaster selbst sind beihilfefähig)
- Kirlian-Fotografie
- Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur)

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie
- Lak-Therapie

M

- Modifizierte Eigenblutbehandlung (z.B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin, ACP-Therapie) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin); ausgenommen hiervon ist die extrakorporale Photopherese, die als beihilfefähig anzuerkennen ist.
- Matrix-Regenerationstherapie
- Mesotherapie
- Migräne-Patienten-Schulungsprogramm (MIPAS)

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

- Psycotron-Therapie
- Pyramidenenergiebestrahlung
- Prostata Hyperthermie Behandlung

R

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

S

- Schwermetallausleitung mit Chelatoren
- Schwingfeld-Therapie
- Systeminformationstherapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie
- Thymustherapie
- Therapeutische Heat-Shock-Protein-Vaccine
- Trigger-Stoßwellen-Therapie

V, W

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins
- Visuelle Restitutionstherapie (VRT)/Restitutionstraining
- WIRA-Therapie

Z

- Zellmilieu-Therapie

2.2. Teilweiser Ausschluss:

C

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.
- Colon-Hydro-Therapie
beihilfefähig bei folgenden Indikationen: Fäulnis-Gährungsdispensie, chronisch entzündliche Magen- und Darmerkrankungen, Reizdarmsyndrom, Infektionen.

E

- Fokussierte extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich.

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

H

- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

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

K

- Klimakammerbehandlungen

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

L

- Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

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

M

- Magnetfeldtherapie

Die Therapie mit Magnetfeldern ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophen Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung.

lung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird. Weitere anzuerkennende Indikationen: Entzündliche Prozesse im Knochen- und Gelenkbereich, Osteoporose, Knochenbrüche, Tennisarm, Migräne, rheumatische Beschwerden.

O

– Ozontherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsbehörde auf Grund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

P

– Pulsierende Signaltherapie (PST)

Die Pulsierende Signaltherapie (PST) ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophen Pseudarthrose sowie bei Endprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird. Weitere anzuerkennende Indikationen: Entzündliche Prozesse im Knochen- und Gelenkbereich, Osteoporose, Knochenbrüche, Tennisarm, Migräne, rheumatische Beschwerden.

R

– Radiale extracorporale Stoßwellentherapie

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche) oder des Fasziiitis plantaris (Fersensporn). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Radialen Stoßwellentherapie sind Gebühren nach GOÄ-Ziffer 302 beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

T

- 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 § 9 Abs. 1 Nr. 3 zugeordnet.

2. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, sind die Unterlagen dem Finanzministerium zur Entscheidung vorzulegen.

Hinweise zu § 10 – Beihilfefähige Aufwendungen bei Rehabilitationsbehandlung

Zu § 10 – Allgemeines:

1. Bei der Gewährung von Beihilfe werden pauschalisierte Abrechnungen nur in bestimmten Fällen anerkannt. In den Fällen, in denen Aufwendungen wegen ambulanter oder stationärer Behandlungen entstanden sind, können Pauschalabrechnungen grundsätzlich nicht akzeptiert werden, da die Notwendigkeit und Angemessenheit (§ 8 Abs. 1 Satz 1 BhVO) der Aufwendungen von der Beihilfestelle nicht nachgeprüft werden kann.
2. Dieser Grundsatz der Überprüfung der Notwendigkeit und der Angemessenheit der Aufwendungen gilt auch für Heilkuren wegen fehlender Transparenz und fehlender Möglichkeit zur Überprüfung, welche Leistungen der Arzt bzw. Heilbehandler erbracht hat, welcher Betrag für die einzelnen Behandlungen berechnet und ob der niedrigste Satz der Rehabilitationseinrichtung in Rechnung gestellt wurde, können Pauschalabrechnungen grundsätzlich beihilferechtlich nicht anerkannt werden.

3. Das Einverständnis des Finanzministeriums, von diesem Grundsatz bei Sanatoriumsbehandlungen abzugehen, liegt vor, wenn
 - der Träger der Einrichtung die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte bzw. eine Landesversicherungsanstalt ist oder
 - die Einrichtung von diesen Anstalten belegt wird oder
 - mit der Einrichtung ein Versorgungsvertrag zur Erbringung von medizinischen Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation einschl. Anschlussheilbehandlungen mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

4. Grundsätzlich sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig. Sofern ein privat Versicherter Beihilfeberechtigter in einer Einrichtung nicht die Möglichkeit hat, den Pauschalsatz nach § 111 SGB V zu wählen, da dieser Satz für privat Versicherte nicht angeboten wird, ist der niedrigste Satz der Einrichtung, der für privat Versicherte angeboten wird, anzuerkennen.

Zu § 10 Absatz 1:

1. Auch bei einer anerkannten Rehabilitationsbehandlung (Abs. 2 Nr. 2) gelten für die in § 9 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Heilmittel die in der Anlage 4 zu § 9 Abs. 1 Nr. 3 festgesetzten Höchstbeträge.

2. Grundsätzlich sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsbehandlung bis zu drei Wochen beihilfefähig. Ergibt sich im Verlauf der Behandlung, dass über den von der Festsetzungsbehörde als beihilfefähig anerkannten Zeitraum hinaus eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist, so kann die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der weiteren Aufwendungen der Rehabilitationsbehandlung durch die Festsetzungsstelle auch auf Grund eines fachärztlichen Gutachtens des in der Einrichtung behandelnden Arztes erfolgen.

3. Die behördliche Feststellung der Notwendigkeit einer Begleitperson bei Schwerbehinderten ergibt sich aus dem amtlichen Ausweis (Merkzeichen "B" bzw. "BL"). Bei Kindern genügt stattdessen die Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes, dass wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung zur stationären Nachsorge eine Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig ist.
4. Kinder können beihilferechtlich nicht als Begleitperson eines Erwachsenen anerkannt werden (in derartigen Fällen sollte eine Eltern/Kind-Kur beantragt werden).
5. Der ärztliche Schlussbericht soll bestätigen, dass eine Rehabilitationsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich. Die Kosten für den ärztlichen Schlussbericht sind nach § 10 Abs. 1 Nr. 5 BhVO beihilfefähig.
6. Zur Beförderung siehe Hinweise zu § 9 Abs. 1 Nr. 9

Zu § 10 Absatz 2:

1. Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Rehabilitationsbehandlung nicht anerkannt worden, sind nur Aufwendungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 oder § 10 Abs. 1 Nr. 1 BhVO beihilfefähig.

Hinweise zu § 11 – Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

1. Die Hinweise zu § 10 gelten entsprechend.

Zu § 11 Absatz 1:

1. Aufwendungen für eine Heilkur sind nur für aktive Beamte und Richter beihilfefähig – Versorgungsempfänger und Angehörige (§ 3) haben danach keinen

beihilferechtlichen Anspruch zur Übernahme der Aufwendungen
(Ausnahme: Absatz 7).

Zu § 11 Absatz 2:

1. Der Pauschalbetrag in Höhe von 16 €/Tag berücksichtigt die häusliche Ersparnis.

Zu § 11 Absatz 6:

1. Aufwendungen für Campingplätze, Standgebühren für Wohnwagen usw. sind nicht beihilfefähig.

Zu § 11 Absatz 7:

1. Die für die „normalen“ Heilkuren typische Begrenzung (Absatz 1 und Hinweise dazu) ist bei den Mutter-/Vater-Kind-Kuren nicht anzuwenden.
Die Absätze 2 bis 4 gelten auch für die Maßnahmen nach Absatz 7 sinngemäß.
2. Die Bewilligung einer Mutter-/Vater-Kind-Kur setzt voraus, dass die Kur stationär in einer dafür vorgesehenen Einrichtung durchgeführt wird und der Amts- oder Vertrauensarzt die Kurbedürftigkeit (im Sinne einer medizinischen Notwendigkeit) der Mutter/des Vaters/des Kindes bestätigt hat.
3. Für Kinder, die bei diesen Maßnahmen in die Einrichtung mit aufgenommen wurden, aber nicht selbst behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben denen der/des behandlungsbedürftigen Mutter/Vaters beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Heilkurmaßnahme des Elternteils Voraussetzung ist (z.B. Unverzichtbarkeit der Trennung von Mutter/Vater und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder dem Alter des Kindes). Entsprechendes gilt, wenn zwar das Kind, aber

nicht ein Elternteil behandlungsbedürftig ist.

Hinweise zu § 12 – Beihilfefähige Aufwendungen bei Pflegebedürftigkeit, Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade

Zu § 12 Absatz 2:

1. § 12 verweist auf die Grundlagen, nach denen Beihilfe bei dauernder Pflegebedürftigkeit zu gewähren ist.
Für die Bearbeitung und Entscheidung des Antrags auf Beihilfe wegen häuslicher, teilstationärer und stationärer Pflege ist diesem ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad beizufügen.
2. Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit und den Grad der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen (gesetzliche Verpflichtung). Diese Feststellung ist auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser von der Antragstellerin oder vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (z.B. Abschrift des Gutachtens, ggf. schriftliche Leistungszusage der Versicherung). Ohne einen derartigen Nachweis ist diesbezüglich eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vgl. § 22 VwVfG). Besteht keine Pflegeversicherung ist ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad vorzulegen.
3. Ist im Einzelfall der Leistungsnachweis nicht ausreichend oder beantragt die oder der Beihilfeberechtigte abweichend Beihilfe zu einem höheren Pflegegrad, ist mit Zustimmung der oder des Pflegebedürftigen bei der privaten oder sozialen Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
4. Erhebt die oder der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, der von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegegrad sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Ent-

scheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist der Widerspruch ggf. als unbegründet zurückzuweisen.

5. Für Klagen in Angelegenheiten nach dem SGB XI (z.B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einem Pflegegrad) sind die Sozialgerichte zuständig (Artikel 33 PflegeVG).

Zu § 12 Absatz 5:

1. Für die Bearbeitung und Entscheidung des Antrags auf Beihilfe wegen häuslicher, teilstationärer und stationärer Pflege ist diesem ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu eines bestimmten Pflegegrads beizufügen.
2. Ist im Einzelfall der Leistungsnachweis nicht ausreichend oder beantragt die beihilfeberechtigte Person abweichend Beihilfe zu einem höheren Pflegegrad, ist mit ihrer Zustimmung bei der privaten oder sozialen Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
3. Wird gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung erhoben, der von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegegrad sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung auszusetzen; sodann ist der Widerspruch ggf. als unbegründet zurückzuweisen.
4. Für Klagen in Angelegenheiten nach dem SGB XI (z.B. Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einer Pflegestufe) sind die Sozialgerichte zuständig (Artikel 33 PflegeVG).

Zu § 12 Absatz 7:

1. Die Beihilfeverordnung beinhaltet Regelungen, durch die die Fürsorgepflicht des Dienstherrn im Gesundheitsbereich gegenüber den Beihilfeberechtigten

konkretisiert wird. Leistungen, die zwar zu diesem Bereich zählen, die aber nur durch den Dienstherrn und nur gegenüber Dritten zu erbringen sind und die nicht durch Beihilfeanträge geltend gemacht werden können, sind dagegen nicht Regelungsinhalt der Beihilfeverordnung.

Dies sind insbesondere:

- Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a Absatz 1 und 4 SGB XI,
- Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 SGB XI,
- Pflegeberatungskosten nach § 7a und § 37 Absatz 3 SGB XI,
- Leistungen für die Pflegeperson im Sinne des § 19 SGB XI zur sozialen Sicherung nach § 44 Absatz 1, 2 und 2b SGB XI und
- Leistungen für die Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nach § 26 Absatz 2b SGB III in Verbindung mit den §§ 345 und 347 SGB III.

2. Entstandene Pflegeberatungskosten werden im Rahmen bestehender Verträge an das jeweilige Unternehmen abgeführt.

Hinweise zu § 12a – Häusliche Pflege

Zu § 12a Absatz 1:

1. Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die
 - bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen oder
 - bei einer Pflegekasse angestellt sind oder
 - von der privaten Pflegeversicherung zur pflege- und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
 - mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag geschlossen haben.

Zu § 12a Absatz 2:

1. Gegenüber der Pauschalbeihilfe sind Entschädigungsleistungen nach § 35 BVG vorrangig und Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26 c BVG nachrangig.

Hinweise zu § 12 b – Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Zu den § 12b Absätzen 1 und 2:

1. Für zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung bereits bestehende Verträge ist eine Übergangsregelung in § 18 enthalten.
2. Stellt die Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege einen Pauschalpreis für Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.

Zu § 12b Absatz 5:

1. Nicht verbrauchte Beträge aus der Kurzzeitpflege können für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege eingesetzt werden (siehe § 12a Abs. 3 S. 3 BhVO).

Hinweise zu § 12c – Vollstationäre Pflege

Zu § 12c Absatz 1:

1. Ab 2017 werden die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung ohne Investitionsleistungen neben den pflegebedingten Aufwendungen erstattet, soweit die jeweiligen Pauschalbeträge dadurch nicht überschritten werden.

2. Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genannten Aufwendungen. Nach § 6 Abs. 4 LPflegeG erhalten in Schleswig-Holstein die Träger von Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige i.S. des § 43 Abs. 1 SGB XI einkommensabhängige Zuschüsse zu den laufenden Investitionsaufwendungen in Form eines Pflegewohngeldes. Das Pflegewohngeld mindert die bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Investitionskosten. Über die Höhe des Pflegewohngeldes erhält die oder der Beihilfeberechtigte vom zuständigen Kreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt einen Bescheid (§ 9 Abs. 4 LPflegeGVO).
3. Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.
4. Betten- und Platzfreihaltegebühren, die durch Unterbrechung wegen Krankheit der oder des Pflegebedürftigen erhoben werden, gehören zu den pflegebedingten Aufwendungen und sind daher im Rahmen der Höchstsätze beihilfefähig. Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Pflegebedürftigen liegenden Grund bis zu 30 Kalendertagen jährlich.

Zu § 12c Absatz 2:

1. Berücksichtigungsfähige Angehörige sind Personen, die nach § 3 Abs. 1 zu berücksichtigen oder nach § 4 Abs. 3 nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind.
2. Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen. § 6 findet keine Anwendung.

Zu § 12c Absatz 3:

1. Durch diese Regelung soll eine amtsangemessene Lebensführung sicherge-

stellt werden. Soweit ungedeckte Aufwendungen aus der Pflege und der Unterbringung, zu denen auch die Investitionskosten zählen, verbleiben, wird von diesem ein von der pflegebedürftigen Person zu leistender Eigenanteil berücksichtigt (abgezogen), dessen Höhe nach den Regelungen des Absatzes 2 zu ermitteln ist. Dabei ist auch die Aufwendungsgrenze für nicht nach Absatz 1 abgegoltene UVI-Kosten nach Absatz 2 Satz 2 in Höhe von 1.200 € zu beachten.

Hinweise zu § 12d – Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, Pflegehilfsmittel, ambulant betreute Wohngruppen

Zu § 12d Absatz 2:

1. Eine Anschubfinanzierung ist nur für Gründungsmitglieder einer Wohngruppe möglich; § 45e SGB XI findet entsprechende Anwendung.

Hinweise zu § 13 – Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen und für spezialisierte ambulante Palliativversorgung

1. Aufwendungen für eine ärztlich notwendig erscheinende palliativ-medizinische ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung sind grundsätzlich als beihilfefähig anzuerkennen.
2. Die Angemessenheit richtet sich im Einzelfall nach den in Rechnung gestellten Aufwendungen. Dabei sollten jeweils Nachweise vom Rechnungssteller über evtl. Verträge mit Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern erfragt werden.
3. § 37b Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie §37b Abs. 2 und 3 des SGB V gelten entsprechend.

Hinweise zu § 14 – Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

Zu § 14 Absatz 1:

1. Für die Anerkennung von Aufwendungen der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind folgende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung maßgebend:
 - Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,
 - Kinder-Richtlinie,
 - Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie,
 - Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie.
2. Sofern aus medizinischen Gründen Untersuchungen in kürzeren Abständen als in § 14 Absatz 1 BhVO angezeigt sind, sind diese als notwendige Behandlungen zu betrachten und damit beihilfefähig.

Zu § 14 Absatz 3:

1. Die öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen werden regelmäßig durch die zuständige oberste Landesbehörde bekannt gegeben.

Hinweise zu § 15 – Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

1. Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung zu Grunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
2. Aufwendungen für ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik sind beihilfefähig. Zur Schwangerschaftsgymnastik zählt auch das Schwangerschaftsschwimmen.

3. Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach der Landesverordnung über die Vergütung für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger gegenüber Selbstzahlerinnen in der jeweils geltenden Fassung sind beihilfefähig. Durch den Verweis auf die Hebammenvergütungsvereinbarung sind auch die Kosten für Geburtshäuser beihilfefähig.
4. Neugeborenenenscreening ist als beihilfefähig anzuerkennen. Es gehört nicht zu den mit dem Pflegegesetz abgegoltenen allgemeinen Krankenhausleistungen.
5. Sozialmedizinische Nachsorgeleistungen bei Neugeborenen sind beihilfefähig.

Hinweise zu § 16 – Selbstbehalt

Zu § 16 Absatz 1:

1. Bei den Beträgen des Selbstbehalts handelt es sich um eine pauschalierende, nach Besoldungsgruppen gestaffelte soziale Regelung. Die Prüfung, ob die 1%-Grenze eingehalten wird, erfolgt für Teilzeitbeschäftigten auf Basis der gekürzten Selbstbehalte. Eine (weitere) Reduzierung des Selbstbehalts durch berücksichtigungsfähige Angehörige wird erst nach dieser Prüfung vorgenommen. Der Mindestselbstbehalt ist allerdings stets zu beachten.
2. Die Selbstbehalte werden je Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigtem (§ 2) einschließlich der berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§ 3) nur einmal und zwar bei der ersten Beihilfefestsetzung im Kalenderjahr vom errechneten Beihilfebetrag abgezogen. Wird der volle Selbstbehaltsbetrag nicht erreicht, wird der Rest von den folgenden Beihilfezahlungen einbehalten und zwar solange bis der gesamte Selbstbehaltsbetrag des jeweiligen Kalenderjahres erbracht wurde. Eine Übertragung ins folgende Kalenderjahr ist nicht möglich.
3. Bei Teilzeitbeschäftigung wird nicht der volle Selbstbehaltsbetrag in Abzug gebracht. Dieser richtet sich im Verhältnis der individuellen Arbeitszeit zur Ar-

beitszeit eines Vollbeschäftigten. Eine z.B. in Höhe von 45% der üblichen Arbeitszeit beschäftigte Beamtin hat somit einen Selbstbehalt in Höhe von 45% des ihrer Besoldungsgruppe zugeschriebenen Selbstbehalts zu tragen.

4. Bei Inanspruchnahme der Altersteilzeit wird der Selbstbehalt um 40 % vermindert.
5. Bei Inanspruchnahme des Sabbatjahres wird der Selbstbehalt im Verhältnis zu der reduzierten Besoldung vermindert. Die Kürzung des Selbstbehalts ist auch in der Beschäftigungsphase durchzuführen.
6. Entscheidend für die Einstufung ist die Besoldungsgruppe der Beamtin oder Beamten bei Eintritt in den Ruhestand.
7. Beschäftigte mit Beihilfeanspruch haben in analoger Anwendung der Selbstbehalte für Beamtinnen und Beamte ebenfalls einen Selbstbehalt zu tragen.

Selbstbehalt § 16 für Beschäftigte nach TVÖD/TV-L:

Stufe	Entgeltgruppe	Betrag
1	3 - 5	20 Euro
2	6 - 9	80 Euro
3	10 - 11	140 Euro
4	12 - 15	200 Euro
5	15 Ü	320 Euro

Zu § 16 Absatz 2:

1. Im Falle des Todes einer oder eines Beihilfeberechtigten haben die Hinterbliebenen (Witwen, Witwer und Waisen) gem. § 2 Abs. 1 Nr. 3 BhVO einen eigenen Beihilfeanspruch. Die zu leistenden Selbstbehalte bestimmen sich nach § 16 Abs. 1 i.V.m. § 16 Abs. 2 BhVO und sind dem Grunde nach zeitgleich mit der Entstehung des eigenen Anspruchs zu leisten.
2. Sollte die verstorbene Beihilfeberechtigte bzw. der verstorbene Beihilfeberech-

tigte in dem Jahr des Todes bereits einen Selbstbehalt geleistet haben, ist dieser auf den Selbstbehalt der Hinterbliebenen anzurechnen.

Zu § 16 Absatz 3:

1. Der Selbstbehalt nach Absatz 1 verringert sich für jedes im Familienzuschlag berücksichtigte Kind (§ 3 Abs. 1 Nr. 2) um 25 €.
Durch die Regelung soll der Kreis der berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht eingeschränkt werden. Es genügt eine grundsätzliche Berücksichtigungsfähigkeit der Kinder zur Reduzierung des Selbsthalts.

Beispiel:

Beamter, getrennt lebend, 3 Kinder. Die Ehefrau, Angestellte im öffentlichen Dienst, pflichtversichert in der gesetzlichen Krankenkasse, erhält den kinderbezogenen Familienzuschlag für die drei bei ihr lebenden Kinder. Die Kinder sind auch weiterhin beim verbeamteten Ehemann berücksichtigungsfähig. Der Selbstbehalt des verbeamteten Ehemanns wird somit um 25 € je Kind reduziert.

Zu § 16 Absatz 5:

1. Im Falle des § 2 Abs. 3 Satz 2 Nrn. 2 und 3 wird kein Selbstbehalt einbehalten.
2. Eine in Elternzeit befindliche Beamtin oder ein in Elternzeit befindlicher Beamter, die oder der eine für die Elternzeit unschädliche Arbeit aufnimmt (als Beamtin oder Beamter) unterliegt dem § 16 Abs. 1. Der Selbstbehalt wird entsprechend der Arbeitszeit ermittelt.

Zu § 16 Absatz 6:

1. Hat der oder die Beihilfeberechtigte nicht während des gesamten Kalenderjahres aufgrund einer Tätigkeit im Dienst eines öffentlich-rechtlichen Dienstherrn (§ 29 Abs. 1 SHBesG) Bezüge oder aus einem öffentlich-rechtlichem Dienstverhältnis Versorgungsbezüge erhalten, sind die Selbstbehalte nicht anteilig

auf die Monate der Bezügezahlung zu kürzen (z.B. bei Begründung des Beamtenverhältnisses am 01.12. wird der Selbstbehalt in derselben Höhe fällig wie bei einer Begründung am 01.01. des Jahres). Bei Rückkehr der Beamtin oder des Beamten aus einem Urlaub ohne Dienstbezüge im Laufe des Kalenderjahres ist in dem Jahr der volle Selbstbehalt anzurechnen.

2. Für die Höhe des Selbstbehalts sind die Verhältnisse am 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres maßgebend. Eine Änderung im laufenden Kalenderjahr, z.B. Wechsel durch Beförderung in eine höhere Gruppe der Selbstbehalte oder bei Änderung der Anzahl der Kinder wirkt sich erst im kommenden Kalenderjahr aus.
3. Die Begründung eines neuen Beamtenverhältnisses bei einem Dienstherrn innerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung (z.B. Ernennung eines Beamten auf Widerruf zu einem Beamten auf Probe nach erfolgreicher Ableistung des Vorbereitungsdienstes) gilt nicht als Begründung eines Beamtenverhältnisses im Sinne des § 16 Abs. 6. In einem solchen Fall sind die Verhältnisse am 1. Januar des betreffenden Kalenderjahres maßgebend. Dies gilt auch, wenn innerhalb eines Kalenderjahres eine Unterbrechung eingetreten ist. Wird eine Beihilfeberechtigung erstmals im Laufe des Kalenderjahres erworben (z.B. durch Versetzung in den Ruhestand von zuvor heilfürsorgeberechtigten Polizeikräften), ist der Tag, zu dem die Beihilfeberechtigung erworben wird, maßgebend.

Hinweise zu § 17 – Durchführungsbestimmungen, Ausnahmen

Zu § 17 Absatz 1:

1. Die Hinweise zur Durchführung der Regelungen der Beihilfeverordnung des Landes werden im Amtsblatt veröffentlicht.

Zu § 17 Absatz 2:

1. In besonders gelagerten Fällen kann unter bestimmten Voraussetzungen von der für das Beihilferecht zuständigen obersten Landesbehörde eine über die Beihilfeverordnung hinausgehende Entscheidung getroffen werden, wenn aus medizinischen oder besonderen Fürsorgegründen dies als erforderlich erscheint. Der zuständigen obersten Landesbehörde sind die zur Entscheidung erforderlichen Unterlagen vollständig vorzulegen.

Hinweise zu § 18 – Übergangsregelungen

Zu § 18 Absatz 1:

1. Vertragsänderungen, die innerhalb eines bestehenden Vertrages erfolgen, gelten nicht als Unterbrechung im Sinne des Absatzes 1.

Zu § 18 Absatz 2:

Abweichend von § 9 Absatz 1 Nummer 6 werden Aufwendungen für Wahlleistungen als beihilfefähig anerkannt

1. für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die vor dem 1. März 1998 das 70. Lebensjahr vollendet haben,
2. in den Fällen, in denen Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige vor dem 1. März 1998
 - wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten gesondert berechenbare ärztliche Leistungen einer bestimmten Ärztin/eines bestimmten Arztes in Anspruch genommen haben und in denen es sich als notwendig erweist, dass dieselbe Ärztin/derselbe Arzt die Behandlung fortsetzt,

- wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten gesondert berechenbare Leistungen in Anspruch genommen haben und in denen die Behandlung aufgrund eines bei Beendigung des früheren Behandlungsabschnitts bestehenden Behandlungsplan fortgesetzt wird.

Aufwendungen für Wahlleistungen sind in diesen Fällen nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige stationäre Behandlung geboten war.

3. in den Fällen, in denen Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige vor dem 1. März 1998 trotz ausreichender Versicherung wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten von den Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder in denen diese Leistungen eingestellt worden sind und in denen die Aufwendungen aufgrund dieser Leiden oder Krankheiten entstanden sind.
4. In den Fällen, in denen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen ohne ihr Verschulden und entgegen ihrer erkennbar gewordenen Absicht aus anderen als finanziellen Gründen ab 1. März 1998 keinen oder keinen vollständigen Versicherungsschutz für Wahlleistungen erhalten können.

Zu § 18 Absatz 3:

1. Für deutsche Lehrer im Schuldienst in Nord-Schleswig, die bis zum 30.06.2005 eingestellt wurden bzw. werden, gilt § 14 Abs. 4 BhVO in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung.

Liegt das Einstellungsdatum nach dem 30.06.2005, wird eine Beihilfe nach § 14 Abs. 4 BhVO in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung nur für den Personenkreis gezahlt, die der Gruppe 1 der dänischen Krankenkasse (Sygesikring) angehören (Erhöhung des Bemessungssatzes auf 100 % der sich nach Anrechnung der Kassenleistung der Gruppe 1 der dänischen Krankenkasse ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen).

Zahlt die dänische Krankenkasse keinen Zuschuss, werden die beihilfefähigen Aufwendungen zum Bemessungssatz nach § 6 BhVO erstattet.

Der Erstattungsbetrag ist auf dem Beleg nachzuweisen (auch wenn keine Erstattung erfolgt ist).

Bei einer Zugehörigkeit zur Gruppe 2 der dänischen Krankenkasse entfällt die Beihilfeberechtigung, falls das Einstellungsdatum nach dem 30.06.2005 liegt.

Hinweise zum Gebührenrecht

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1. Auslegungsfragen zur GOÄ

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. Die aktuelle Fassung kann abgerufen werden unter:

<http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/gebuehrenordnung/abrechnung/beschluesse-zent-konsultationsausschuss/>

1.2. Analoge Bewertungen

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 von der Bundesärztekammer herausgegebene Verzeichnis analoger Bewertungen ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. Die aktuelle Fassung kann abgerufen werden unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/gebuehrenordnung/abrechnung/>

Für ärztliche osteopathische Behandlungen werden nachfolgend aufgeführte Analogziffern (Zusammenfassung DGOM + IGeL-Kompendium) anerkannt:

GOÄ	Leistungsbeschreibung	Schwellenwert
1 A	Ärztliche osteopathische Beratung, auch telefonisch	2,3
5 A	Ost. symptombezogene Untersuchung in einer Körperregion	2,3
6 A	Ost. Untersuchung der Nieren und Harnwege oder des stomatognathen System	2,3

7 A	Ost. Untersuchung der Bauchorgane oder der Brustorgane oder des Bewegungssystem	2,3
8 A	Ost. Ganzkörperstatus	2,3
410 A	Ost. Behandlung eines visceralen Organs im Thorax, Bauch oder Becken einschließlich der Aufhängesysteme des Organs	2,3
420 A	Ost. Behandlung von bis zu 3 weiteren visceralen Organen im Thorax, Bauch oder Becken, je Organ	2,3
505 A	Ost. Behandlung mit Counterstrain am Stamm und/oder den Extremitäten/Atemsystem/Brustkorb	1,8
506 A	Ost. Behandlung mit MFR an mehreren Körperregionen	1,8
507 A	Ost. Behandlung mit MFR an einer Körperregion/ Muskelenergietechniken	1,8
510 A	Ost. Behandlung mit MET an den Extremitäten	1,8
514 A	Ost. Behandlung mit funktionalen Techniken am Stamm und/oder den Extremitäten	1,8
520 A	Massagetechniken	1,8
521 A	Ost. Behandlung der Bauch- und Beckenorgane	1,8
523 A	Spezielle ost. Weichteiltechniken	1,8
525 A	Tenderpoint-Behandlung nach Jons an den Extremitäten	1,8
526 A	Tenderpoint-Behandlung nach Jons an der Wirbelsäule	1,8
527 A	Kraniosacrale osteopathische Behandlungsweise	1,8
714 A	Ost. Behandlung craniosacral im Neurocranium und Rumpf, bei Einbeziehung des Viscerocraniums erhöhter Faktor	2,3 3,5
3306 A	Ost. Behandlung der Wirbelsäule ggf. mit Extremitäten mittels MET und/oder HVLA	2,3

1.2.1. Extrakorporale Stoßwellentherapie

Auf Grundlage eines Beschlusses der Bundesärztekammer kann die Extrakorporale Stoßwellentherapie bei den in Hinweis 2 zu § 9 Abs. 3 Nrn. 1 und 2 genannten Indikationen analog der Nr. 1800 GOÄ (je Sitzung, 1480 Punkte) berechnet werden. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Die Behandlung

einer Pseudarthrose setzt auf Grund 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 3,5fachen Gebührensatz rechtfertigen können.

2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

2.1. Gebühren für andere Leistungen

Gemäß § 6 Abs. 2 GOZ ist die Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen durch Zahnärzte auf die Abschnitte B I bis BIII unter den Nrn. 30, 31 und 34, BIV bis BVII, CI unter den Nrn. 200, 204, 210 und 211, CII, CII bis CVII, CVIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,, E V und VI, J, LI, LII unter den Nrn. 2072 bis 2074, LIII, LV unter den Nrn. 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, LVI unter den Nrn. 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, LVII, LIX,, M unter den Nrn.3511, 3712, 3714, 3715, 4504,4530, 4538, 4605, 4606 und 4715, N unter der Nr. 4852 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. Berechnet ein Zahnarzt nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ, erfassen die darin enthaltenen Abrechnungsbestimmungen auch Leistungen, die der Zahnarzt auf der Grundlage der GOZ erbringt.

2.2. Analoge Bewertungen

Gemäß § 6 Abs. 1 GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbständige zahnärztliche Leistung

entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in § 6 Absatz 2 GOZ genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.

Durch die vorstehenden Neuregelungen ist es nunmehr auch für bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen GOZ angewandte selbständige zahnärztliche Leistungen möglich, analoge Bewertungen zu berechnen (sie müssen dazu nur nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sein).

Außerdem sind die Möglichkeiten, für nicht in der GOZ aufgeführte zahnärztliche Leistungen verstärkt auf die GOÄ zugegriffen werden.

2.3. Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der GOZ

2.3.1. Bei Inlays ist die temporäre Versorgung der Kavität zwischen Präparieren der Kavität und Eingliedern der endgültigen Einlagefüllung Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 2150 bis 2170 GOZ. Daneben können Gebühren nach den Nrn. 2270, oder 2020 GOZ nicht berechnet werden (vgl. Urteil des BGH vom 13.05.1992 – IV ZR 213/91).

2.3.2. Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach den Nrn. 6030 bis 6080 GOZ können quartalsmäßige Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamt-abrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung (vgl. Rundschreiben des BMI vom 19.05.1988, GMBI. S. 311).

Die Leistungen nach den Nrn. 6030 bis 6080 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 Verwaltungserichtshofes vom 24.03.1997 – 3 B 95.1895).

- 2.3.3. Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nrn. 2150 bis 2170 GOZ), Kronen (Nrn. 2200 bis 2220 GOZ), Brücken (Nrn. 5000 bis 5040 GOZ) und Prothesen (Nrn. 5200 bis 5230 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 2220, 5040 und 5230 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. Bei umfangreichen bzw. aufwändigen Maßnahmen ist eine beihilferechtliche Anerkennung nach den Vorgaben der Nr. 3 der Anlage 3 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 möglich.
- 2.3.4. Nummer 3 GOÄ ist nur neben den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801 GOÄ und der Nummer 0001 GOZ berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungs-, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; die Abrechnungsbestimmung zu Nummer 3 GOÄ ist zu beachten.
- 2.3.5 Neben der Nr. 5040 GOZ ist die Nr. 5080 GOZ grundsätzlich nicht berechenbar. Der Sekundärteil einer Teleskopschiene ist kein Verbindungselement im Sinne der Nr. 5080 GOZ (vgl. u.a. BVerwG vom 30.05.1996 – 2 C 10.95). Die Berechnung der Nr. 5080 GOZ ist dann beihilferechtlich anzuerkennen, wenn tatsächlich zusätzlich Konstruktionselemente hinzutreten, die unabhängig von der Funktion der Teleskop- oder Konuskronen eine eigene Funktion als Verbindungselement übernehmen (z.B.: Geschiebe, Resilienzgelenke).
- 2.3.6 Nummer 5 GOÄ ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der GOZ enthalten ist.
- 2.4. Besondere Auslegungsfragen zur GOZ
Die einvernehmlichen Beschlüsse des bei der Bundeszahnärztekammer eingerichteten „Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen“ sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. Die aktuellen Beschlüsse können abgerufen werden unter: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Beratungsforum_Beschluesse.pdf

3. Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern bestimmt sich nach § 8 Abs. 1 Satz 3 BhVO. Danach sind derartige Aufwendungen angemessen bis zur Höhe der in der Anlage 1 bestimmten Höchstbeträge. Erläuternd ist dabei anzumerken:

- a) Sind unter einer GebüH-Nr. verschiedene Leistungen aufgeführt, die in der GOÄ mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, ist der beihilfefähige Betrag in der Reihenfolge der Leistungsaufzählung untergliedert in A, B etc.
- b) In der GOÄ nicht aufgenommene Leistungen wurden - soweit möglich - analog bewertet oder mit Anmerkungen versehen, die z.B. auf die wissenschaftlich nicht allgemeine Anerkennung nach § 9 Abs. 3 Nr. 1 BhVO hinweisen.
- c) Analog anzuerkennen sind folgende Leistungen:

1. Magnetfeldtherapie

* Indikationen: Entzündliche Prozesse im Knochen- und Gelenkbereich Osteoporose, Knochenbrüche, Tennisarm, Migräne, rheumatische Beschwerden

* Analogziffern: 18.2, 39.10 GebüH

2. Colon-Hydro-Therapie

* Indikationen: z.B. Fäulnis, Gährungsdispensie, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Reizdarmsyndrom, Rheuma, Stoffwechselerkrankungen

* Analogziffern: 20.4, 20.7, 36.3, 39.2 GebüH