
Saarländische Beihilfeverordnung - BhVO

Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfeverordnung - BhVO)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (Amtsbl. S. 329), zuletzt geändert durch Gesetz Nr. 1484 – Siebtes Rechtsbereinigungsgesetz vom 7. November 2001, Artikel 1 (Amtsbl. S. 2158).

Auf Grund des § 94 des Saarländischen Beamtengesetzes (SBG) vom 11. Juli 1962 (Amtsbl. S. 505) verordnet der **Minister für Inneres und Sport** im Einvernehmen mit dem Minister für Finanzen und Bundesangelegenheiten:

Hinweis:

Neben den EURO-Beträgen sind – teilweise – die bis 31.12.2001 gültigen DM-Beträge zur besseren Orientierung weiterhin in Klammern aufgeführt.

§ 1

Geltungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

Diese Verordnung gilt für Beamte und Beamtinnen, für Versorgungsempfänger und Versorgungsempfängerinnen des Landes, der Gemeinden, der Gemeindeverbände und der sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts. Sie gilt auch für Richter und Richterinnen des Landes.

- (1) Die Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, zur Krankheitsvorsorge, zur Früherkennung von Krankheiten sowie anlässlich eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer nicht rechtswidrigen Sterilisation.
- (2) Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet und gepfändet werden; er ist nicht vererblich.
- (3) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der in Absatz 1 bezeichneten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach Maßgabe der folgenden Vorschriften gewährt.

AV zu § 1

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

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamte einschließlich der Beamtenanwärter und Richter,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden sind,
3. Witwen und Witwer, sowie die Kinder (§ 23 des Beamtenversorgungsgesetzes BeamtVG) der unter Nummern 1 und 2 bezeichneten Personen,

solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ausbildungsbeihilfe, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten oder nur deshalb nicht erhalten, weil Versorgungsbezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften (z. B. § 22 Abs. 1, §§ 53 und 54 BeamtVG) nicht gezahlt werden. Während der Zeit einer Beurlaubung nach § 15 a der Urlaubsverordnung für die saarländischen Beamten und Richter hat der Beamte einen Anspruch auf die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen; dies gilt nicht, wenn der Beamte berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten wird oder Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat.

(2) Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen nur von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 54 BeamtVG) zuständig ist.

(3) Beihilfen werden nicht gewährt

1. Beamten und Richtern, die nur vorübergehend oder nebenbei verwendet werden,
 - a) wenn sie für weniger als ein Jahr beschäftigt werden, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 6 Bundesbesoldungsgesetz) tätig sind,
 - b) wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt,
2. Ehrenbeamten und ehrenamtlichen Richtern,
3. Versorgungsempfängern (Absatz 1 Nummern 2 und 3) für die Dauer einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,
4. Halbweisen, wenn der lebende Elternteil oder der Ehegatte selbst beihilfeberechtigt ist und Anspruch auf Beihilfen zu den Aufwendungen für die Halbwaise hat,
5. Beamten, Richtern und Versorgungsempfängern, denen Leistungen nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages, nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes oder nach entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

(4) Den in den Landesdienst abgeordneten Beamten und Richtern werden Beihilfen nach diesen Vorschriften gewährt; Vereinbarungen der beteiligten Dienstherrn über einen Ausgleich der gewährten Leistungen bleiben unberührt.

AV zu § 2

Zu Absatz 1:

Beihilfeberechtigt sind die unter Nummern 1 bis 3 genannten Personen, wenn sie im Zeitpunkt der Entstehung der Aufwendungen laufende Bezüge erhalten. Eine Beihilfe ist unter dieser Voraussetzung auch einem bereits ausgeschiedenen oder zu einem anderen Dienstherrn abgeordneten oder übergetretenen Beamten zu gewähren.

Zu Absatz 3:

1. Eine Unterbrechung der Tätigkeit im öffentlichen Dienst im Sinne der Nummer 1 Buchstabe a liegt vor, wenn der Beihilfeberechtigte an einem oder mehreren Werktagen, an denen üblicherweise Dienst getan wird, nicht im Dienst gestanden hat. Dienst gilt nicht für die Zeit, die zwischen zwei Dienstverhältnissen zur Ausführung eines Umzuges benötigt wurde.
2. Das Vorliegen der Voraussetzungen nach Nummer 1 Buchstabe b ist nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der Entstehung der Aufwendungen zu beurteilen. Bei Lehrkräften an Schulen tritt an die Stelle der regelmäßigen Arbeitszeit die Pflichtstundenzahl.

Zu Absatz 4:

Wird ein Beamter zu einem anderen Dienstherrn innerhalb des Geltungsbereiches der BhVO abgeordnet, so hat er für die nach der Abordnung entstehenden Aufwendungen einen Anspruch auf Beihilfe gegen den Dienstherrn, zu dem er abgeordnet ist. Bei Abordnung zu einem Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereiches der BhVO behält er auch insoweit seinen Anspruch gegenüber dem abordnenden Dienstherrn, bis er von dem Dienstherrn, zu dem er abgeordnet ist, nach dem bei diesem geltenden Beihilferecht Beihilfen erhält.

Eine Abordnung oder Versetzung liegt nicht vor, wenn ein Beamter im Vorbereitungsdienst einem anderen Dienstherrn zur Ausbildung zugewiesen wird.

§ 3 Beihilfefälle

- (1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen
1. in Krankheitsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsvorsorge
 - a) für den Beihilfeberechtigten selbst,
 - b) für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten des Beihilfeberechtigten,
 - c) für die nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kinder;
 2. in Geburtsfällen
 - a) einer Beihilfeberechtigten,
 - b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten,
 - c) der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter, mit der der Beihilfeberechtigte nicht verheiratet ist, für ein Kind des Beihilfeberechtigten,
 - d) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter;
 3. im Todesfalle
 - a) eines Beihilfeberechtigten,
 - b) seines nicht selbst beihilfeberechtigt gewesenen Ehegatten,
 - c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes, bei Totgeburten, wenn sie beim Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig gewesen wären;
 4. für Schutzimpfungen
 - a) des Beihilfeberechtigten,
 - b) seines nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten,
 - c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes;
 5. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs
 - a) einer Beihilfeberechtigten,
 - b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten,
 - c) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter;
 6. in Fällen einer nicht rechtswidrigen Sterilisation
 - a) eines Beihilfeberechtigten,
 - b) des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten des Beihilfeberechtigten,
 - c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes;
 7. bei Pflegebedürftigkeit
 - a) eines Beihilfeberechtigten,
 - b) seines nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten,
 - c) eines nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Kindes.
- (2) Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte, im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gewährt; dies gilt auch für die Kinder im Sinne des § 32 Abs. 4 Nr. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes, die nur wegen der Höhe ihrer Einkünfte und Bezüge nicht im Familienzuschlag berücksichtigt wurden. Beihilfen werden nicht gewährt für Aufwendungen von Geschwistern des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten. Aufwendungen für Kinder und Ehegatten beihilfeberechtigter Waisen sind nicht beihilfefähig.

-
- (3) Berücksichtigungsfähige Familienangehörige, die bei Zuwendungsempfängern tätig sind, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden, gehören nicht zu den nicht selbst beihilfeberechtigten Personen im Sinne der Absätze 1 und 2.
 - (4) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor. Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.
 - (5) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt.

AV zu § 3

Zu Absatz 2

1. Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. Damit wird sichergestellt, dass Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Familienzuschlag zusteht (z. B. bei Empfängern von Anwärterbezügen) oder die im Familienzuschlag erfasst würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigt würden. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten (z. B. Ehegatten, Eltern) im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig (Absatz 5), so wird Beihilfe zu den Aufwendungen dieses Kindes nur dem gewährt, der die Originalbelege (Arztrechnungen, Rezepte etc.) vorlegt.
2. Solange der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt 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. Dies gilt nicht, soweit die Überzahlung auf Zeiten entfällt, in denen der Beihilfeberechtigte den Wegfallgrund bereits kannte oder hätte kennen müssen.

Zu Absatz 4:

1. Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger oder die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften nicht ausgeschlossen. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht.
Wird einem teilzeitbeschäftigten berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines Beamten der auf Grund Tarifvertrags zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, so besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen (z.B. § 4 Abs. 7) erfüllt sind. Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund Tarifvertrag zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (§ 4 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 1)
2. Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährte Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen. Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

§ 4

Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

- (1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfange
 1. in Krankheits- und Pflegefällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, für die Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden,
 2. bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsvorsorge,
 3. in Geburtsfällen,
 4. in Todesfällen,
 5. für Schutzimpfungen, ausgenommen solche, die aus Anlass privater Reisen in Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden,
 6. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,
 7. in Fällen einer nicht rechtswidrigen Sterilisationnach Maßgabe der folgenden Vorschriften.
- (2) Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit der Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche sowie für psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte sowie der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die die Regelspanne des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im Zeitpunkt der Verkündung dieser Verordnung geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zur Regelspanne des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen. Die Festsetzungsstelle kann bei Zweifel über die Notwendigkeit und die Angemessenheit der Aufwendungen ein Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.
- (3) Sach- und Dienstleistungen einer gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung sind nicht beihilfefähig. Als Sach- und Dienstleistungen gelten auch die gesetzlich vorgesehene Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird *oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragsatzes (§ 240 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) bemisst*² oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, auch Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und Aufwendungen, die darauf beruhen, dass der Versicherte die beim Behandler mögliche Sach- und Dienstleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat.
- (3a) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel und Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass anstelle von Sachleistungen eine Kostenerstattung nach § 64 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gewährt wird. Nicht beihilfefähig sind ferner Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

² Mit In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zum 1. Januar 2004 wurde § 240 Abs. 3a SGB V aufgehoben (Art. 1 Nr. 144 Buchst. b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190)). **Damit besteht der bisherige Ausschlussgrund nicht mehr, so dass insoweit § 4 Abs. 3 BhVO einer Beihilfegewährung nicht entgegensteht.**

-
- (4) Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor der Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen; dabei gilt bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen der nach § 30 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch auf 65 vom Hundert erhöhte Zuschuss als gewährte Leistung.. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Heil- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 vom Hundert als zustehende Leistung anzusetzen. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht für Leistungen
1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf Bezug nehmende Vorschriften,
 2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,
 3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.
- (5) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind, in dem
1. der Beihilfeberechtigte noch nicht oder nicht mehr zu den in § 2 bezeichneten beihilfeberechtigten Personen gehörte oder ohne Genehmigung schuldhaft dem Dienst ferngeblieben war,
 2. die betreffende Person nicht nach § 3 berücksichtigungsfähig war.
- Die Aufwendungen gelten als entstanden in dem Zeitpunkt, in dem die verursachenden Umstände eingetreten sind, z.B. der Zeitpunkt der Behandlung durch den Arzt, des Einkaufs von Arzneien, der Lieferung eines Hilfsmittels.
- (6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen eines Versorgungsempfängers (§ 2 Abs. 1 Nummern 2 und 3), der außerhalb des öffentlichen Dienstes beruflich tätig ist, und des nicht selbst beihilfeberechtigten berufstätigen Ehegatten eines Beihilfeberechtigten (§ 3 Abs. 1 Nummer 1 Buchstabe b), wenn nachgewiesen wird, dass der Krankheitsfall überwiegend in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Berufstätigkeit steht.
- (7) Nicht beihilfefähig sind die in den §§ 5 bis 11 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des Ehegatten im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 15.339 Euro (30.000 DM) übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Die Festsetzungsstelle kann in anderen besonders begründeten Ausnahmefällen im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres und Sport die Gewährung von Beihilfen zulassen.
- (8) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilmaßnahme; nahe Angehörige sind Ehegatte, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Behandelten. Unkosten, die dem behandelnden Angehörigen im Einzelfall, z.B. für Materialien, Stoffe und Medikamente, entstehen und deren Geldwert nachgewiesen ist, sind im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig.
- (9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind. Dies gilt nicht für Aufwendungen, die auf einem Ereignis beruhen, das nach §105 des Saarländischen Beamtengesetzes zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt.

AV zu § 4

Zu Absatz 1:

1. Die Notwendigkeit und Angemessenheit der geltend gemachten Aufwendungen sind im Einzelfalle zu überprüfen. Sofern die Aufwendungen ihrem Grunde nach notwendig sind, sind sie auch als angemessen anzusehen, wenn sie in gleichgelagerten Fällen im gleichen Umfang von Beamten in gleicher sozialer Stellung üblicherweise gemacht werden. Aufwendungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind nicht beihilfefähig. Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig angesehen werden.
2. Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen auch für ungezielte umfassende Untersuchungen (so genannte Check up) sind nur nach Maßgabe des § 10 beihilfefähig.
3. Die anlässlich der Untersuchung oder Behandlung in einer Diagnoseklinik entstehenden notwendigen Aufwendungen sind nach Maßgabe der Nummer 3 des Erlasses vom 23. Januar 1979 (GMBI. Saar S. 210) beihilfefähig.

Zu Absatz 2:

1. Bei der Festsetzung der Beihilfen hat die Festsetzungsstelle (§ 17 Abs. 1) bei ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) einschließlich der auf der Grundlage der GOÄ bzw. GOZ ergangenen analogen Bewertungen zu beachten. Diese stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im einzelnen zugrunde zu legen sind. Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf einzelne Leistung, ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.
 2. Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 4 Abs. 2) sind die Gebühren nach der GOÄ und GOZ auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt oder Zahnarzt in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet.
 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. Dabei handelt es sich insbesondere um die Gebührensätze: 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- bzw. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95, 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.
- 3.1. Überschreitet eine Gebühr (für ärztliche Leistungen) die in § 5 Abs. 2 Satz 4 bzw. Abs. 3 Satz 2 GOÄ vorgesehene Regelspanne, so kann sie nach § 4 Abs. 2 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 2 Satz 2 GOÄ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen
- besonders schwierig war oder
 - einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
 - wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ); vgl. z. B. Nummer 2667 des Gebührenverzeichnis-

ses). So rechtfertigt z. B. die Tatsache der ambulanten Ausführung einer Operation gebührenrechtlich nicht ein Überschreiten der Regelspanne (2,3-facher Gebührensatz).

Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung der Regelspanne rechtfertigen, ist die Begründung durch den Arzt näher zu erläutern (§ 12 Abs. 2 Satz 3 GOÄ). Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, so ist mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer einzuholen.

- 3.2. Nach § 2 Abs. 1 GOÄ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht mehr zulässig. Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ beruhen, können beihilferechtlich grundsätzlich nur bis zur Regelspanne als angemessen angesehen werden, es sei denn, die Überschreitung der Regelspanne bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ) ist nach der ärztlichen Begründung entsprechend Nummer 3.1 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres und Sport zugelassen werden.
4. Für zahnärztliche Leistungen bemisst sich die Vergütung nach § 5 Abs. 1 GOZ. Eine Vergütung kann grundsätzlich jedoch nur bis zum 2,3fachen Satz der GOZ beihilferechtlich als angemessen angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung ist durch besondere, über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände begründet. Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ erbracht werden, sind nicht beihilfefähig. Im übrigen sind die Ausführungen in den Nummern 3.1. und 3.2. sinngemäß anzuwenden.
5. Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2 a SGB V) beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standardtarifs zählen, nach § 5 b GOÄ, § 5 a GOZ und § 1 Abs. 1 GOP i.V.m. § 5 b GOÄ.
6. Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. Amtsärzte sind beamtete Ärzte, die zum Leiter eines Gesundheitsamtes bestellt sind. Auch die in deren Auftrag unterzeichneten Gutachten und Zeugnisse gelten als solche eines Amtsarztes. Vertrauensärzte sind die von der Festsetzungsstelle allgemein oder im Einzelfall für die Erstellung eines Gutachtens bestellten Ärzte.

Zu Absatz 3:

1. Die Vorschrift erfasst Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel usw., die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger. Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 4 Abs. 4 Satz 1 angerechnet.
2. Zum Personenkreis nach Satz 2 gehören auch Versicherungspflichtige, deren Beiträge zur Krankenversicherung zur Hälfte von Trägern der Rentenversicherung getragen werden (§ 249 a SGB V) *[ab 1.1.2006:; den zusätzlichen Beitragssatz trägt der Rentner allein]*.
3. Festbeträge können gebildet werden für
 - Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
 - Hilfsmittel (§ 36 SGB V).Als Festbeträge gelten auch
 - die Vertragssätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V,
 - der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V,
 - der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V sowie

- der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V.

Da nach Satz 2 bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig.

4. Die Regelung über die Gleichstellung von bestimmten Aufwendungen mit einer Sachleistung nach Satz 2 erfasst neben der Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung die Fälle, in denen sich die dort genannten Versicherten nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln lassen (z. B. privatärztliche Behandlung durch einen Kassenarzt). Hätte der Behandler im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung zu erbringen gehabt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. Gehört der Behandler oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Behandlerkreis, findet § 4 Abs. 4 Sätze 2 und 3 Anwendung.

Zu Absatz 3 a:

1. Zuzahlungen bzw. Kostenanteile nach §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2, 31 Abs. 3, 32 Abs. 2, 39 Abs. 4, 40 Abs. 5, 41 Abs. 2 und 60 Abs. 2 SGB V oder entsprechenden Regelungen sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V oder entsprechenden Regelungen ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Von der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. Bei den nicht durch Zuschüsse der Kasse gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen bzw. Kostenanteile.
2. Ist der Abschlag nach Satz 2 nicht nachgewiesen, sind neben dem tatsächlichen Erstattungsbeitrag der Krankenkasse 15 v. H. dieses Betrages als fiktiver Abschlag abzusetzen.

Zu Absatz 4:

1. Zu den Rechtsvorschriften im Sinne des Satzes 1 gehören u. a.:
 - a) § 33 des Beamtenversorgungsgesetzes und die dazu erlassene Verordnung vom 25. April 1979 (BGBl. I S. 502),
 - b) Bundesversorgungsgesetz,
 - c) Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte,
 - d) Wehrsoldgesetz,
 - e) Soldatenversorgungsgesetz,
 - f) Reichsversicherungsordnung,
 - g) Angestelltenversicherungsgesetz,
 - h) Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter,
 - i) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen sowie Ansprüche auf Krankheitsfürsorge aufgrund des Artikels 31 Abs. 2 des Statuts des Lehrpersonals der Europäischen Schulen.

2. Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers und für von diesem verordneten Arznei- und Verbandmittel ohne Anwendung der Sätze 2 und 3 beihilfefähig.
3. Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater bzw. der Anspruch der Mutter eines nichtehelichen Kindes gegen den Kindesvater auf Ersatz ihrer Entbindungs- und Folgekosten fällt nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach Absatz 4 Satz 1. Daher kann die Mutter eines nichtehelichen Kindes nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des

Kindes verwiesen werden.

4. Eine nach der BhVO zustehende Beihilfe hat Vorrang vor den Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 2 Abs. 1 BSHG), auch wenn nach dem BSHG vorgeleistet wird. Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus den Entschädigungsfonds für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 des Pflichtversicherungsgesetzes.
5. Absatz 4 Satz 1 findet keine Anwendung in Fällen, in denen einer Person Leistungen aus einer Sportunfallversicherung zustehen, da es sich hierbei nicht um Ansprüche aufgrund gesetzlicher oder anderer Vorschriften handelt, sondern um Ansprüche aus einem privatrechtlichen Versicherungsvertrag.
6. Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 4 Nummer 3 gehören nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr aufgrund des Bundesversorgungsgesetzes gewährt werden.

Zu Absatz 7:

1. Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:

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

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

2. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte keine Einkünfte mehr und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze nach Absatz 7 nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr die Einkommensgrenze überschritten haben.
3. Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.

§ 5

Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

- (1) Aus Anlass einer Krankheit sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:
1. Ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen und Leistungen eines Heilpraktikers; ausgenommen sind Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden. Das Ministerium für Inneres und Sport kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen sowie die Aufwendungen begrenzen oder ausschließen. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach der Anlage.
 2. Vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abzüglich eines Betrages von 9 Euro je Kalendertag für längstens 14 Kalendertage innerhalb eines Kalenderjahres bei Personen über 18 Jahren - mit Ausnahme der Wahlleistungen (§ 22 BPflV) - sowie vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus (§ 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind Aufwendungen für die Leistungen beihilfefähig, die den in Satz 1 genannten entsprechen.
 3. Erste Hilfe.
 4. Eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muss überwiegen. Daneben sind die Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. Bei einer Pflege durch nahe Angehörige (§ 4 Abs. 8) sind nur die notwendigen Fahrkosten (Nummer 11) und, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird, eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen beihilfefähig; eine an Ehegatten und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig. Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b zum Bundesangestelltentarifvertrag).
 5. Eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 5,60 Euro (11 DM) stündlich, höchstens 33,70 Euro (66 DM) täglich, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen stationären Unterbringung (Nummer 2, § 6, § 7 und § 12) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass diese Person - ausgenommen Alleinerziehende - nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt in besonderen Fällen auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer stationären Unterbringung, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. Nummer 4 Satz 3 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter 15 Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer in der Nummer 4 Satz 3 genannten Person sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 11) nicht beihilfefähig.
 6. Die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, abzüglich eines Betrages für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel von
 - a) 4 Euro bei einem Apothekenabgabepreis bis 16 Euro, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels,

b) 4,50 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von 16,01 Euro bis 26 Euro,

c) 5 Euro bei einem Apothekenabgabepreis von mehr als 26 Euro.

Ist für ein Arznei- oder Verbandmittel ein Festbetrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch festgesetzt, sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe des Festbetrags beihilfefähig; der Betrag nach Satz 1 ist vom Festbetrag abzuziehen. Der Betrag nach Satz 1 ist nicht abzuziehen bei Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie bei Empfängern von Versorgungsbezügen mit Bezügen bis zur Höhe des Mindestruhegehaltes (§ 14 Abs. 4 Sätze 2 und 3 Beamtenversorgungsgesetz), bei Personen, die Beihilfe nach § 6 Abs. 6 erhalten, und bei Schwangeren für ärztlich verordnete Arzneimittel wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen sowie die Aufwendungen für

d) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,

e) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,

f) Abführmittel, ausgenommen bei schweren Erkrankungen,

g) Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

7. Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.
8. Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder - ausgenommen Saunabäder und Aufenthalt in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur -, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur oder Masseur und medizinischen Bademeister durchgeführt werden. Bei einer heilpädagogischen Behandlung und der Behandlung von spastisch gelähmten Kindern in den dafür vorgesehenen Heimen sind auch notwendige Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 7,15 Euro (14 DM) täglich beihilfefähig, es sei denn § 6 ist anzuwenden.
9. Anschaffung, Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung oder zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, deren Anschaffungskosten Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung sind. Aufwendungen für Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. Das Ministerium für Inneres und Sport kann in Richtlinien die Beihilfefähigkeit derartiger Aufwendungen begrenzen, die für die Beihilfefähigkeit der Anschaffungskosten maßgebenden Voraussetzungen bestimmen und die zu den Hilfsmitteln gehörenden Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung festlegen.
10. Organspender, soweit der Empfänger zu dem in § 3 Abs. 1 Nummer 1 Buchstabe a bis c bezeichneten Personenkreis gehört, für
 - a) Aufwendungen nach den Nummern 1, 2, 6, 8, 11 und 12, die bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen,
 - b) den nachgewiesenen Ausfall an Arbeitseinkommen.Diese Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht von anderer Stelle erstattet werden oder zu erstatten sind. Buchstabe a und b gelten auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen.
11. Die Beförderung des Erkrankten zur Behandlung, Untersuchung und dergleichen und zurück und, falls erforderlich, einer Begleitperson sowie die Gepäckbeförderung bis zur Höhe der

Kosten der niedrigsten Beförderungsklasse regelmäßig verkehrender öffentlicher Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. Höhere Beförderungskosten dürfen nur berücksichtigt werden bei Rettungsfahrten oder wenn eine anderweitige Beförderung wegen der Schwere oder Eigenart einer bestimmten Erkrankung oder einer Behinderung unvermeidbar war. Die medizinische Notwendigkeit der anderweitigen Beförderung ist durch eine auf die konkreten Umstände im Einzelfall bezogene Bescheinigung des behandelnden Arztes nachzuweisen. Wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Saarländischen Reisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. Von den nach den Sätzen 1 und 2 beihilfefähigen Aufwendungen ist jeweils ein Betrag von 12,80 Euro (25 DM) je einfache Fahrt abzuziehen. Beihilfen werden nicht gewährt

- a) bei Benutzung privater Personenkraftwagen für die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks,
 - b) für die Benutzung privater Personenkraftwagen oder öffentlicher, regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel bei Behandlung des Erkrankten am Wohn-, Aufenthalts- und Behandlungsort oder in deren Einzugsgebiet,
 - c) für die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
 - d) für die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise.
12. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Behandlungen außerhalb einer Heilkur oder einer kurähnlichen Maßnahme bis zu einem Höchstbetrag von je 25,60 Euro (50 DM) täglich für den Erkrankten und für eine notwendige Begleitperson.
- (2) Das Ministerium für Inneres und Sport kann die Beihilfefähigkeit von
- a) Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Materialien, Arznei- und Verbandmittel,
 - b) Aufwendungen für Heilbehandlungen nach Absatz 1 Nr. 8 und Behandlungen von Heilpraktikern
- ganz oder teilweise von einer vorherigen Anerkennung abhängig machen, begrenzen oder ausschließen.

AV zu § 5

Zu Nummer 1:

Voranerkennungsverfahren gemäß Nummern 2 und 3 der Anlage zu § 5 Abs. 1 Nr. 1:

1. Die Festsetzungsstelle beauftragt einen vom Bundesministerium des Innern bestellten 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) in den Formblättern 1 und 2 (siehe Nummer 5).
- 1.1 Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 (Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie) ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat er (oder der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.
- 1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt 2a (siehe Nummer 5) den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG, BGBl. I 1998, 8. 1311) einholen.
- 1.3 Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und ggf. das Formblatt 2a in einem verschlosse-

nen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilfeberechtigten/Patienten.

- 1.4 Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit Formblatt 3 (siehe Nummer 5) einen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt 4 (siehe Nummer 5) und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
 - a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet!),
 - b) das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie),
 - c) das Formblatt 4 in dreifacher Ausfertigung,
 - d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- 1.5 Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach Formblatt 4 (Psychotherapie-Gutachten) in zweifacher Ausfertigung in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. Diese leitet eine Ausfertigung des "Psychotherapie-Gutachtens" an den Therapeuten weiter.
- 1.6 Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt 5 (siehe Nummer 5).
2. Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens abhelfen oder ein Obergutachten einholen. Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in den Nummern 2.4.1 bis 2.4.4 und 3.4.1 bis 3.4.3 der Anlage zu § 5 Abs. 1 Nr. 1 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.
- 2.1 Wird ein Obergutachten eingeholt, hat zunächst der Beihilfeberechtigte (oder der Patient) 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 Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden sollte.
- 2.2 Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/Ersuchen des Beihilfeberechtigten/Patienten.
- 2.3 Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle 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 Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten.
- 2.4 Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle.
- 2.5 Auf Grundlage der gutachterlichen oder der obergutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen Abhilfebescheid oder legt den Widerspruch der Widerspruchsbehörde vor.
3. Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummern 2.3 und 3.3 der Anlage zu § 5 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 1.5 bis 2.5 entsprechend.

4. Die Festsetzungsstelle kann von dem beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren nach Nummer 1 absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten (oder des Patienten) bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Therapeuten ergeben.
5. Zusammenstellung der Formblätter 1 bis 5.

Zu Nummer 2:

1. Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV), sind allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPflV), insbesondere
 - a) Fallpauschalen und Sonderentgelte (§ 11 BPflV),
 - b) tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungspflegesätze, Basispflegesätze und teilstationäre Pflegesätze nach § 13 BPflV, Pflegesätze nach § 14 Abs. 5 Satz 5 BPflV),
 - c) Entgelte für Modellvorhaben (§ 26 BPflV).Mehraufwendungen für Wahlleistungen nach § 22 BPflV (gesondert berechnete Unterkunft und Arztkosten) sind nicht beihilfefähig.
2. Die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ist durch den Pflegesatz abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig.
3. Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen in so genannte Rehabilitationskliniken können grundsätzlich nur im Rahmen des § 7 beihilferechtlich anerkannt werden, da diese Krankenanstalten in der Regel keine Akutkrankenbehandlungen durchführen. Ausnahmen hiervon können nur in Fällen zugelassen werden, in denen Behandlungen durchgeführt werden, die üblicherweise in einem Akutkrankenhaus vorgenommen werden. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, ist nach Lage des Einzelfalles zu entscheiden. Werden Rehabilitationsmaßnahmen im unmittelbaren Anschluss oder im engen zeitlichen Zusammenhang an vollstationäre Krankenhausleistungen durchgeführt, erfolgt im Kalenderjahr ein Abzug eines täglichen Selbstbehaltes für zusammen höchstens 28 Tage.

Zu Nummer 4:

1. Häusliche Krankenpflege ist notwendig für Personen, die wegen Krankheit vorübergehend folgender Leistungen bedürfen, wobei die Grundpflege überwiegen muss:
 - a) Grundpflege; dazu zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z.B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme,
 - b) hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen) sowie
 - c) Behandlungspflege (z.B. Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibung).Die ärztliche Bescheinigung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.
2. Bei einer vorübergehenden häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspflegekraft sind die

Aufwendungen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger beihilfefähig. Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine vom Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig. Durchschnittliche Kosten einer Krankenpflegekraft sind die monatliche feste Vergütung einer Angestellten der Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum BAT (Endstufe der Grundvergütung, Ortszuschlag nach Tarifklasse II Stufe, allgemeine Zulage, Pflegezulage, anteilige Zuwendung sowie anteiliges Urlaubsgeld zuzüglich der Arbeitgeberanteile); das Ministerium für Inneres und Sport gibt den jeweiligen Höchstsatz bekannt. Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt werden. Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern.

3. Bei Gewährung von Sachbezügen an Berufspflegekräfte oder Ersatzpflegekräfte sind diese mit den in der Verordnung über den Wert der Sachbezüge in der Sozialversicherung (Sachbezugsverordnung) festgelegten Werten anzusetzen. Die Sachbezugsverordnung ist in der jeweiligen Fassung anzuwenden.

Zu Nummer 6:

1. Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen sind nur beihilfefähig, wenn und soweit sie von einer in Nummer 1 genannten Person schriftlich verordnet sind. Das Rezept hat Angaben über die behandelte Person und über die verordnete Menge zu enthalten. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.
2. Der Abzug nach Satz 1 ist von jeder Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels vorzunehmen. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen bzw. bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Zur Befreiung vom Abzugsbetrag für Schwangere benötigt die Festsetzungsstelle entweder eine Kennzeichnung des Arzneimittels durch den verschreibenden Arzt oder eine entsprechende Erklärung der Schwangeren mit Angabe der Dauer der Schwangerschaft.
3. Zu den Medikamenten im Sinne dieser Vorschrift gehören grundsätzlich nicht Geriatrika, Regenerationsmittel, Vitaminpräparate, Präparate zur Ovulationshemmung, Stärkungsmittel oder Säuglingsfrühnahrung.
4. Aufwendungen für Präparate zur Ovulationshemmung können ausnahmsweise als beihilfefähig anerkannt werden, wenn diese Präparate zu einer unmittelbaren Beeinträchtigung eines Krankheitsprozesses ärztlich verordnet werden.

Zu Nummer 8:

Die Beihilfefähigkeit der in Abs. 1 Nummer 8 Satz 2 bezeichneten Heilbehandlungen richtet sich nach dem Erlass des Ministeriums für Inneres und Sport in der jeweils geltenden Fassung.

Zu Nummer 11:

Wegen des Begriffs "Einzugsgebiet" wird auf § 2 Abs. 6 des Saarländischen Umzugskostengesetzes verwiesen.

§ 5
Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen
(in der Fassung bis 30.06.1995)

- (1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für
2. Stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), und zwar
 - b) Wahlleistungen
 - aa) gesondert berechnete **wahlärztliche Leistungen** (§ 7 Abs. 3 BPfIV),
 - bb) gesondert berechnete **Unterkunft** (§ 7 Abs. 4 BPfIV) bis zur Höhe der Kosten eines Zwei-Bett-Zimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich

...

Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, sind Aufwendungen für die Leistungen beihilfefähig, die den in Satz 1 genannten entsprechen.

Übergangsregelung bzw. Ausnahmetatbestände zu § 5 Abs. 1 Nr. 2 BhVO a. F.

Artikel 6 des Gesetzes Nr. 1349 über die Haushaltsfinanzierung 1995 vom 6. April 1995 (Amtsbl. S. 418)

- (1) Aufwendungen für eine vor dem 1. Juli 1995 begonnene stationäre Behandlung in einem Krankenhaus sowie Aufwendungen, die bis zum 1. Juli 1995 entstanden sind, werden nach bisherigem Recht behandelt.
- (2) Mehraufwendungen für gesondert berechenbare Wahlleistungen aus Anlass einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus und für entsprechende Leistungen werden in den Fällen, in denen Personen vor dem 1. Juli 1995
 - (a) wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten gesonderte berechenbare ärztliche Leistungen eines bestimmten Arztes in Anspruch genommen haben und in denen es sich als notwendig erweist, dass derselbe Arzt die Behandlung fortsetzt,
 - (b) wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten gesonderte berechenbare Leistungen in Anspruch genommen haben und in denen die Behandlung aufgrund eines bei Beendigung des früheren Behandlungsabschnitts bestehenden Behandlungsplans fortgesetzt wird,
 - (c) 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 Mehraufwendungen aufgrund dieser Leiden oder Krankheiten entstanden sind,
 - (d) das siebzigste Lebensjahr vollendet haben,

nach bisherigem Recht behandelt; dies gilt in den Fällen der Buchstaben a) und b) nur, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige stationäre Behandlung geboten war.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

- (1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die von Ärzten als notwendig bescheinigte häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege neben anderen nach § 5 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen entsprechend den Pflegestufen des § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.
- (1) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Die Pflegebedürftigen sind einer der Stufen nach § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch zuzuordnen.
- (3) Bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind je Kalendermonat die Aufwendungen beihilfefähig in

- a) Pflegestufe I bis zu einem Gesamtwert von 384 Euro (750 DM),
- b) Pflegestufe II bis zu einem Gesamtwert von 921 Euro (1.800 DM),
- c) Pflegestufe III bis zu einem Gesamtwert von 1.432 Euro (2.800 DM).

In besonders gelagerten Einzelfällen können zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.918 Euro (3.750 DM) monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Werden auf Grund eines besonderen Pflegeaufwands höhere Aufwendungen zwingend notwendig, so kann zur Vermeidung einer Notlage eine Beihilfe bis zur Höhe dieser Aufwendungen gewährt werden. Bei einer teilstationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch sind abweichend von Satz 1 in Pflegestufe II bis zu 767 Euro (1.500 DM) und in Pflegestufe III bis zu 1.074 Euro (2.100 DM) beihilfefähig; zusätzlich kann hierzu eine anteilige Pauschalbeihilfe gewährt werden, wenn der für die jeweilige Pflegestufe geltende Höchstsatz nach Satz 1 nicht voll ausgeschöpft wird.

- (4) Bei einer häuslichen Pflege durch andere Pflegepersonen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt und beträgt monatlich in
- a) Pflegestufe I 205 Euro (400 DM),
 - b) Pflegestufe II 409 Euro (800 DM),
 - c) Pflegestufe III 665 Euro (1.300 DM).

Besteht der Anspruch nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag mit Ausnahme für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) oder einer Sanatoriumsbehandlung (§ 7) entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Ein aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. Bei Verhinderung der Pflegeperson werden anstelle der Pauschalbeihilfe die Kosten einer Ersatzpflegekraft für längstens vier Wochen je Kalenderjahr bis zu 1.432 Euro (2.800 DM) als beihilfefähig anerkannt. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen zur Hälfte gewährt.

- (5) Bei einer Pflege in einer vollstationären Einrichtung (Kurzzeitpflege) werden die Kosten für längstens vier Wochen je Kalenderjahr bis 1.432 Euro (2.800 DM) als beihilfefähig anerkannt. Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Dies gilt:
 1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen

oder

2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(6) Bei einer vollstationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht kommenden pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung (§ 84 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass folgende Eigenanteile überschritten werden:

1. bei Beihilfeberechtigten mit

a) einem Angehörigen 40 vom Hundert,

b) mehreren Angehörigen 35 vom Hundert des um Euro 511 (DM 1000) - bei Empfängern von Versorgungsbezügen um Euro 383 (DM 750) - verminderten Einkommens,

2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

Einkommen sind die Dienst- oder Versorgungsbezüge (ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag) sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen sozialversicherungspflichtigen Arbeitseinkommens. Angehörige im Sinne des Satzes 2 sind nur der Ehegatte sowie die Kinder, die nach § 3 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt. Bei einer Pflege in einer Pflegeeinrichtung, welche die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt, sind höchstens die vergleichbaren Kosten nach Satz 1 und 2 einer zugelassenen Pflegeeinrichtung am Ort oder der nächsten Umgebung beihilfefähig.

(7) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, wird in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 4 Abs. 3 und 4 sowie § 15 sind hierbei nicht anzuwenden.

(8) Aufwendungen für Hilfsmittel zur Linderung von Beschwerden, zur Erleichterung der Pflege oder der selbstständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen sind nach Maßgabe des § 5 Abs. 1 Nr. 9 beihilfefähig. Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können entsprechend § 40 Abs. 4 und 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch bis zu einem Betrag von höchstens 2.556 Euro (5.000 DM) als beihilfefähig anerkannt werden, soweit die Pflegeversicherung zu diesen Aufwendungen Leistungen erbringt. Die Beihilfefestsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund entsprechender Zuschussbescheide der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung.

(9) Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe entstehen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund stehen (§ 71 Abs. 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch), sind beihilfefähig in Höhe der in § 43a Elftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Beträge.

(10) Die Beihilfefestsetzungsstelle entscheidet über die Pflegebedürftigkeit und die Beihilfe auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten und der sozialen Pflegeversicherung ist die von der Versicherung festgestellte Pflegestufe auch für die Beihilfe zugrunde zu legen. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Kostenanteile für die Erstellung eines Gutachtens werden nicht erstattet. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe bei der Beihilfefestsetzungsstelle oder der Pflegeversicherung

gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

AV zu § 6

Zu Absatz 1:

Die Beihilfefähigkeit umfasst die wegen dauernder Pflegebedürftigkeit bei einer häuslichen, teilstationären oder vollstationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 beihilfefähig. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, sind die jeweiligen Höchstsätze entsprechend zu mindern.

Zu Absatz 2:

1. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.
 - a) Krankheiten oder Behinderungen sind
 - Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
 - b) Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen und vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden, gleichaltrigen Kind maßgebend.
 - c) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind:
 - im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
2. Die Höhe der Beihilfeleistungen ist abhängig von den folgenden drei Pflegestufen:
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen,
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen,
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Zu Absatz 3:

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
 - von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
 - von der Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung angestellt sind.Geeignete Pflegekräfte sind auch Einzelpersonen, wenn sie die Anforderungen der Pflegedienste erfüllen.
2. Ein Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege besteht dann, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfange sichergestellt werden kann. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder der Nachtpflege und zurück.
3. Eine Notlage aufgrund zwingend notwendiger Aufwendungen liegt nur vor, wenn die Bezüge des Beamten und seiner versorgungsberechtigten Hinterbliebenen nicht ausreichen, die Aufwendungen zu decken und sie sonst auf die Leistungen der Bundessozialhilfe angewiesen wären.

Zu Absatz 4:

1. Zeiten, für die Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, §§ 7 und 8 oder Absatz 6 für den Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gezahlt. Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) oder einer Sanatoriumsbehandlung (§ 7). Die zeitweise Abwesenheit des Pflegebedürftigen tagsüber wegen des Besuchs eines Kindergartens, einer Schule, einer Werkstatt für Behinderte oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung steht der Zahlung der Pauschalbeihilfe nicht entgegen. Dies gilt auch bei Erwerbstätigkeit von Pflegepersonen, wenn die häusliche Pflege insgesamt sichergestellt bleibt. Die Beschäftigung und Betreuung, z.B. in einer Werkstatt für Behinderte, ist keine Pflege im Sinne der BhVO. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind deshalb nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z.B. Fahrkosten).
2. Leistungen nach § 69a BSHG (Pflegegeld) stehen einer Zahlung der Pauschalbeihilfe nicht entgegen. Entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind z.B. solche nach § 35 Abs. 6 BVG, § 558 Abs. 2 Nr. 2 RVO, § 34 BeamtVG.
3. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.
4. Wird die Pflege teilweise durch geeignete Pflegekräfte (Abs. 3) oder durch andere Pflegepersonen (Abs. 4) erbracht, wird die Beihilfe anteilig gewährt. Dabei wird die Pauschalbeihilfe um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Leistungen nach Absatz 3 in Anspruch genommen hat. Als Nachweis für die erbrachte Pflege durch andere Pflegepersonen reicht eine formlose Bescheinigung dieser Pflegeperson aus.

Zu Absatz 5:

Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den pflegebedürftigen vorher mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

Zu Absatz 6:

1. Angemessen sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung
 - a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro (2.000 DM) monatlich,
 - b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro (2.500 DM) monatlich,
 - c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432 Euro (2.800 DM) monatlich,
 - d) für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1.688 Euro (3.300 DM) monatlich.
2. Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch eine zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch).
3. Werden in den Fällen des Satzes 2 die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.

Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Aufwendungen.

4. Betten- und Platzfreihaltegebühren, die durch die Unterbrechung wegen Krankheit des Pflegebedürftigen erhoben werden, sind beihilfefähig. Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Pflegebedürftigen liegenden Grund bis zu 30 Kalendertagen jährlich.
5. Das Einkommen ist vom Beihilfeberechtigten unter Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen:
 - 5.1 Dienstbezüge im Sinne dieser Vorschrift sind die in § 1 Abs. 2 BBesG genannten Bruttobezüge; Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 BeamtVG genannten Bruttobezüge. Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG, Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI bleiben unberücksichtigt. Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verwendungseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehrerer Versorgungsbezüge oder den in Satz 3 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- oder Versorgungsbezüge zugrunde zu legen.
 - 5.2 Renten sind mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen; dies ist bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses und vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.
 - 5.3 Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten bleiben außer Ansatz.
 - 5.4 Ist der Ehegatte berufstätig, kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Einkommensgrenze überschritten wird. Soweit der Beihilfeberechtigte nachweist, dass beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbständigen oder nichtselbständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. Bei monatlichen schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten zwölf Monate für die Ermittlung des Eigenanteils zu berücksichtigen.
6. Erfolgt die Pflege nicht im gesamten Kalendermonat, ist der Eigenanteil nach Satz 2 entspre-

chend zu mindern, dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

7. Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; § 15 findet insoweit keine Anwendung.

Zu Absatz 8:

Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können bis zu einem Betrag von höchstens 2.556 Euro (5.000 DM) als beihilfefähig anerkannt werden. Bei diesen Maßnahmen handelt es sich um technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfalle eine häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Zu Absatz 10:

Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe 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 gegebenenfalls als unbegründet zurückzuweisen.

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsaufenthalt

- (1) Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Sanatorium sowie die Auslagen für Kurtaxe und die Kosten des ärztlichen Schlussberichts sind neben Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 Nummern 1, 6, 8 und 11 nur dann beihilfefähig, wenn
 1. ein amts- oder vertrauensärztliches Zeugnis darüber vorgelegt wird, dass die Sanatoriumsbehandlung dringend notwendig ist und nicht durch stationäre Behandlung in einer anderen Krankenanstalt oder durch eine Heilkur mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist, und
 2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

In dringenden Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist, ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen.
- (2) Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung oder, wenn bei schwerer chronischer Erkrankung aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist, sowie in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist.
- (3) Die Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung sind für höchstens drei Wochen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; dabei ist ein Betrag von 9 Euro täglich abzuziehen. 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes und die Kurtaxe sind für Begleitpersonen von Schwerbehinderten beihilfefähig, für die die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson festgestellt ist. Voraussetzung ist, dass nach vorheriger Bestätigung des Sanatoriums eine Sanatoriumsbehandlung ohne Begleitperson nicht hätte durchgeführt werden können.
- (4) Ein Sanatorium im Sinne dieser Vorschrift ist eine Krankenanstalt,
 1. die die zur Durchführung einer besonderen Heilbehandlung erforderlichen Einrichtungen und Pflegepersonen besitzt,
 2. in der die Behandlung durch einen dafür vorgebildeten Arzt geregelt und überwacht wird und
 3. die der Aufsicht des zuständigen Gesundheitsamtes untersteht (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 und 2 ÖGDG); vgl. hierzu das vom Statistischen Bundesamt herausgegebene Verzeichnis der Krankenanstalten).

AV zu § 7

Zu Absatz 1:

1. Liegt ein Zeugnis eines Vertrauensarztes der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherungsträger vor, welches die nach § 7 erforderlichen Feststellungen enthält, kann von der Einholung des Zeugnisses eines Amtsarztes oder eines von der Festsetzungsstelle bestimmten Vertrauensarztes abgesehen werden.
2. Wird die Anerkennung für eine Sanatoriumsbehandlung versagt oder ist ein Anerkennungsbescheid nicht eingeholt oder abgewartet worden, so können die durch die planmäßige Heilbehandlung im Sanatorium entstandenen Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 6 und 8 im Rahmen des § 4 Abs. 1 Nr. 1 als beihilfefähig anerkannt werden.

-
3. Der ärztliche Schlussbericht soll bestätigen, dass die Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist und damit die Voraussetzungen für die Beihilfegewährung für die Aufwendungen der Sanatoriumsbehandlung gegeben sind. Über diese Bestätigung hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

Zu Absatz 3:

1. Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung können nicht als beihilfefähig anerkannt werden, wenn der Behandelte nicht im Sanatorium selbst untergebracht ist und nicht ständig unter ärztlicher Aufsicht steht.
2. Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung zählen auch die rechnungsmäßig nachgewiesenen Bedienungsgelder und Heizungszuschläge; Trinkgelder bleiben unberücksichtigt. Der Abzug des Selbstbehaltes von 9 Euro täglich erfolgt vom ersten Tag an und gilt für die gesamte Dauer des Sanatoriumsaufenthaltes, einschließlich einer notwendigen Verlängerung.
3. Die behördliche Feststellung der Notwendigkeit einer Begleitperson bei Schwerbehinderten ergibt sich aus dem amtlichen Ausweis (Merkzeichen "B" bzw. "BN"). 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. Bei der Ermittlung der beihilfefähigen Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson ist der beihilfefähige niedrigste Satz für Behandelte zugrunde zu legen; die Fahrtkosten der Begleitperson sind unter den Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 beihilfefähig.

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkuren

- (1) Für die nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 Beihilfeberechtigten mit Dienst- oder Anwärterbezügen werden Beihilfen gewährt zu den Aufwendungen für eine planmäßige Heilkur unter ärztlicher Leitung in einem inländischen Mineral-, Moor- oder Seeheilbad oder in einem für Klimaheilkuren oder Kneippheilkuren geeigneten Ort, wenn diese in dem vom Bundesministerium des Innern auf Grund von Vorschlägen der Länder herausgegebenen Verzeichnis enthalten sind. Beihilfefähig sind Aufwendungen für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage; Voraussetzung ist, dass die nach § 17 Abs. 1 zuständige Stelle auf Grund des Zeugnisses eines Amtsarztes oder eines von ihr bezeichneten Vertrauensarztes vor Beginn der Kur anerkannt hat, dass sie als Heilmaßnahme zur Erhaltung der Dienstfähigkeit notwendig ist und der gleiche Heilerfolg durch eine andere Behandlungsweise am Wohnort oder in nächster Umgebung nicht erwartet werden kann. Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.
- (2) Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer Heilkur ist nicht zulässig,
 1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist; eine Beschäftigung gilt als nicht unterbrochen während eines Erziehungsurlaubs und der Beurlaubung nach § 95 SBG,
 2. nach Stellung des Antrages auf Entlassung,
 3. wenn bekannt ist, dass das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
 4. solange der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist,
 5. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt worden ist, es sei denn, die Heilkur ist aus zwingenden medizinischen Gründen bei einer schweren chronischen Erkrankung oder nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung notwendig.

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kann zurückgenommen werden, wenn vor Gewährung der Beihilfe bekannt wird, dass das Dienstverhältnis des Beihilfeberechtigten vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur endet.
- (2a) Bei Anwendung des Absatzes 2 Nummer 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei
 1. Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage,
 2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwendender Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.
- (3) Beihilfen für Nachkuren werden nicht gewährt; Heilkuren in den Seeheilbädern sind nur beihilfefähig, wenn sie außerhalb der Zeit vom 15. Juni bis 15. September durchgeführt werden.
- (4) Beihilfefähig sind neben Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 6, 8 und 11 die Kosten für
 1. die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson, und den ärztlichen Schlussbericht,
 2. Unterkunft und Verpflegung bis zum Betrag von 10 Euro täglich, bei schwerbehinderten Beihilfeberechtigten, für die die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson bis zum Betrag von 7 Euro täglich.

AV zu § 8

Zu Absatz 1:

1. Aufwendungen für Heilkuren sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur anerkannt hat. Eine nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist in jedem Falle ausgeschlossen. AV Nummer 1 zu § 7 Abs. 1 gilt entsprechend.

Zu Absatz 2:

1. Als maßgebender Zeitpunkt im Sinne der Nummer 3 gilt nicht der Zeitpunkt der Antragstellung, sondern der Zeitraum, in dem die Heilkur durchgeführt wird. Die Antragsteller sind in der Bewilligungsverfügung hierauf hinzuweisen.
2. Dienstbeschädigung ist jede Krankheit oder sonstige Beschädigung, die sich der Beihilfeberechtigte bei Ausübung oder aus Veranlassung des Dienstes zugezogen hat. Eine Verletzung durch Dienstunfall ist keine Dienstbeschädigung im Sinne von Absatz 2 Nr. 3, da in diesem Fall ein Heilverfahren nach den einschlägigen Vorschriften des Beamtenversorgungsgesetzes gewährt wird; § 4 Abs. 4 findet Anwendung.

Zu Absatz 4:

1. AV Nummer 2 und 3 zu § 7 Abs. 1 gelten entsprechend.
2. Für die Beantragung einer Beihilfe ist § 17 Abs. 3 Satz 3 zu beachten.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei zahnärztlichen Leistungen

- (1) Neben Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind die gemäß § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert in Rechnung gestellten Kosten beihilfefähig. Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nummern 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind in Höhe von zwei Dritteln, Aufwendungen für Edelmetalle und Keramik jedoch nur im Frontzahnbereich und nur zur Hälfte beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngbiet,
 - mehr als zwei Verbindungselemente, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen für mehr als drei Verbindungselemente, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen,
 - Glaskeramik, einschließlich der erforderlichen Nebenkosten,
 - Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden.
- (2) Aufwendungen für Leistungen nach Abschnitt C Nrn. 214 bis 217 und 220 bis 224 sowie den Abschnitten F, G, J und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. Dies gilt ferner nicht, wenn der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.
- (3) Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung oder für die Beseitigung von Kiefermissbildungen sind nur beihilfefähig, wenn der behandelnde Arzt bescheinigt, dass die Behandlung in dem vorgesehenen Umfang zur Herstellung der Kaufähigkeit oder zur Verhütung einer Krankheit notwendig ist. Aufwendungen für solche Leistungen sind beihilfefähig, wenn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.
- (4) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Kiefergelenk und Muskelerkrankungen (Myoarthropatien) nicht unbedeutender Art,
 - Zahnbetterkrankungen – Parodontopatien -,
 - umfangreiche Gebissanierung, d.h. wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
 - umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist die Vorlage des erhobenen Befundes mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt.
- (5) Aufwendungen für implantologische Leistungen³ nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind nur bei folgenden Indikationen beihilfefähig:
 - Einzelzahnlücken, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,

³ Zum besseren Verständnis der Implantatversorgungen → siehe nachfolgende **Übersicht Seite 44**

-
- Freierlücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
 - Fixierung von Totalprothesen.

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

AV zu § 9

Zu Absatz 1:

1. Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne sowie der Nummer 002 des Gebührenverzeichnisses der GOZ beihilfefähig.
2. Neben den nach dem Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte aufgeführten Leistungen sind gesondert aufgeführte Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente und Stoffe sowie zahntechnische Laborkosten beihilfefähig.
3. Die in der Material- und Laborkostenrechnung bei zahntechnischen Leistungen besonders auszuweisenden Aufwendungen für Keramik sowie für Gold und andere Edelmetalle sind nur im Frontzahnbereich und nur zur Hälfte, die übrigen Material- und Laborkosten in Höhe von zwei Dritteln, jeweils einschließlich der darauf entfallenden anteiligen Mehrwertsteuer beihilfefähig.

Zu Absatz 3:

Für kieferorthopädische Behandlungen nach den Nummern 603 bis 608 des Gebührenverzeichnisses der GOZ 1987 können quartalsmäßige Zwischenrechnungen, die aufgrund der nach dem Heil- und Kostenplan tatsächlich erbrachten Leistungen erstellt wurden, als beihilfefähig anerkannt werden. Dies gilt auch weiterhin für die Nummern 119 und 120 des Gebührenverzeichnisses der GOZ 1965, soweit sie von der Übergangsvorschrift des § 12 Abs. 2 Nr. 2 GOZ 1987 erfasst sind. Derartige Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung.

Übersicht ⁴: Umfang und Voraussetzungen bei Implantaten ⁵

Einzelzahnimplantat

Indikation	Höchstzahl pro Kiefer	Anmerkungen
Einzelzahnimplantat Wenn: <u>benachbarte Zähne intakt⁶</u> und <u>nicht überkronungsbedürftig</u>	4	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandene intakte Überkronungen sind unschädlich und gelten als intakte Zähne. • Maßgebend ist der Zahnbefund <u>vor</u> dem Einbringen des Zahnimplantates. • Zahn 7 nicht anerkennungsfähig, wenn Zahn 8 fehlt oder nicht angelegt

Freiendlücke

Indikation	Höchstzahl pro Kiefer	Anmerkungen
Freiendlücke wenn mindestens die Zähne 7 und 8 fehlen	2	<ul style="list-style-type: none"> • Zahnücke nach einer Seite offen d.h. Zahnreihe endet spätestens bei Zahn 6

Totalprothesen

Indikation	Höchstzahl pro Kiefer		Anmerkungen
	Oberkiefer	Unterkiefer	
Fixierung von Totalprothesen ⁷	4	2	<ul style="list-style-type: none"> • - wenn Totalprothese zur Fixierung eines zahnlosen Kiefers erforderlich ist (Ober- oder Unterkiefer oder beides)
Fixierung von Totalprothesen für Unterkiefer		4	<ul style="list-style-type: none"> • wie Anmerkung oben und • Nur mit besonderer Begründung!

Abrechnung von Implantatversorgungen, bei Überschreitung der Obergrenzen

- die die Obergrenze übersteigende Anzahl von Implantaten ist herauszurechnen (Honorar und Labor)
- weitere Versorgung der implantierten Zähne mit Kronen und Brücken wird anerkannt
- höhere als tatsächliche entstandene Kosten einer Alternativversorgung (ohne Implantate sind nicht abrechenbar.

Abrechnung von Implantatversorgungen, wenn keine Indikation erfüllt ist

- Implantologische Maßnahmen und weitere Versorgung mit Brücken und Kronen sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen
- Völliger Ausschluss aus Fürsorgegründe nicht vertretbar
 - vergleichbar der Situation, wenn Kontaktlinsen ohne Indikation beschafft werden
→ dann erfolgt eine Anerkennung bis zur Höhe der Kosten einer Brille
- Aus pragmatischer Sicht gerechtfertigt, nur die Kosten der Implantierung unberücksichtigt zu lassen. Demnach Kronen und Brücken abrechenbar.

⁴ ACHTUNG: Dies ist eine nichtamtliche Übersicht zum besseren Verständnis der Beihilferegelung

⁵ GRUNDSATZ: Mehr als 4 Implantate je Kiefer sind nicht möglich, egal welche Kombination gewählt wird!

⁶ „Intakt“ bedeutet, dass ein Zahn seine natürliche Funktion ohne größere Restauration erfüllen können muß. Dieser Zustand muß im Zeitpunkt der Einbringung des Implantates erfüllt sein. Bei einem wurzelbehandelnden Zahn handelt es sich nicht um einen intakten Zahn. Dieser Zahn lebt nicht mehr mit der Folge, dass er auch nicht als intakt im Sinne des § 9 Abs. 5 erster Spiegelstrich eingestuft werden kann.

⁷ Eine Standardversorgung ist für den Unterkiefer i.d.R. mit 2 und für den Oberkiefer mit 4 Implantaten möglich.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Gesundheitsvorsorge

- (1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen bei
1. Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maß gefährden,
 2. Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch zwölf Monate vor und nach dem Zeitintervall durchgeführt werden kann,
 3. Frauen vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
 4. Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
 5. Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an in jedem zweiten Jahr die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit
- nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.
- (2) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen bei Personen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres die Kosten für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte.

AV zu § 10

Für die Früherkennung von Krankheiten gelten die Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen

- a) über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern in der Fassung vom 26.4.1976 (Bundesarbeitsblatt 1977 S. 32),
- b) über die Früherkennung von Krebserkrankungen in der Fassung vom 26.4.1976 (Bundesarbeitsblatt 1977 S. 32.),
- c) über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten vom 24.8.1989 (Bundesarbeitsblatt 10/1989 S. 44)

in der jeweils geltenden Fassung.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Empfängnisregelung, nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation

- (1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen
 1. für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen,
 2. aus Anlass eines beabsichtigten Schwangerschaftsabbruchs für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft,
 3. für die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch oder eine nicht rechtswidrige Sterilisation.
- (2) Aus Anlass eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs oder einer nicht rechtswidrigen Sterilisation sind beihilfefähig die in § 5 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5, 6, 11 und 12 bezeichneten Aufwendungen.

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten

1. für die Hebamme und den Entbindungspfleger im Rahmen der Gebührenordnung,
2. für die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,
3. für die vom Arzt, der Hebamme oder dem Entbindungspfleger verbrauchten Stoffe und Verbandmittel sowie die auf schriftliche ärztliche Verordnung beschafften Stoffe, wie Arzneimittel, Verbandmittel und dergl.,
4. für die Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten; § 5 Abs. 1 Nummer 2 gilt entsprechend,
5. für eine Hauspflegerin bei Geburten (auch bei Fehl- und Totgeburten) in der Wohnung nur, wenn die Wöchnerin nicht bereits von einer Kraft nach § 5 Abs. 1 Nummer 4 gepflegt wird, für einen Zeitraum bis zu 14 Tagen, beginnend mit dem Tag der Geburt; § 5 Abs. 1 Nummer 4 Satz 3 ist anzuwenden,
6. für die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten; § 5 Abs. 1 Nummer 11 gilt entsprechend,
7. für Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung.

Zu den Aufwendungen für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird bei Lebendgeburten eine Beihilfe in Höhe von 128 Euro (250 DM) gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind; bei Mehrlingsgeburten erhöht sich die Beihilfe entsprechend. Satz 2 gilt entsprechend für Personen, die zur Ableistung des Grundwehrdienstes ohne Dienstbezüge oder Anwärterbezüge beurlaubt sind. Die Beihilfe wird auch gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind unter zwei Jahren als Kind annimmt, es sei denn, dass für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung bereits eine Beihilfe gewährt worden ist.

AV zu § 12

Zu Absatz 1:

1. Bei den Aufwendungen für die Schwangerschaftsüberwachung sind die notwendigen Maßnahmen der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde zu legen. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.

Beihilfefähig sind außerdem die Aufwendungen für ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik.

2. Eine Beihilfe zu den Aufwendungen für eine Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird ohne Nachweis der entstanden Aufwendungen bei Vorlage der Geburtsurkunde gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen in Höhe von 128 Euro (250 DM) entstanden sind. Erreichen die Aufwendungen des Beihilfeberechtigten den Betrag von 128 Euro (250 DM) nicht, so wird eine Beihilfe in Höhe der entstandenen Aufwendungen gewährt. Für den Antrag ist § 17 Abs. 3 Satz 3 zu beachten.

§ 13

Beihilfefähige Aufwendungen bei Behandlung oder Entbindung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

- (1) Die durch eine Krankenbehandlung oder Entbindung außerhalb der Bundesrepublik entstehenden notwendigen Aufwendungen sind nur insoweit und nur bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie bei einer Behandlung am Wohnort des Beihilfeberechtigten im Inland oder in dem ihm am nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig wären. Behandlungskosten außerhalb der Bundesrepublik sind nur beihilfefähig, wenn die Person, die untersucht, behandelt oder begutachtet (§ 5 Abs. 1 Nummer 1) oder Heilbehandlungsmaßnahmen angeordnet hat (§ 5 Abs. 1 Nummer 8), nach ihrer Ausbildung einem inländischen Arzt gleichkommt. Die in § 5 Abs. 1 Nummer 2 genannten Voraussetzungen für den Begriff einer Krankenanstalt sind sinngemäß anzuwenden.
- (2) Außerhalb der Bundesrepublik entstehende notwendige Aufwendungen sind ohne die Einschränkung des Absatzes 1 Satz 1 beihilfefähig,
 1. wenn ein Beihilfeberechtigter auf einer Auslandsdienstreise erkrankt und die Krankenbehandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland aufgeschoben werden kann,
 2. wenn durch amts- oder vertrauensärztliches Zeugnis nachgewiesen wird, dass die Krankenbehandlung innerhalb der Bundesrepublik nicht möglich ist und die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist; unter mehreren gleichwertigen Möglichkeiten darf nur die gewählt werden, die die niedrigsten beihilfefähigen Aufwendungen verursacht,
 3. wenn sie 256 Euro (500 DM) nicht übersteigen oder wenn bei einem Aufenthalt in der Nähe der Landesgrenze aus akutem Anlass die Notwendigkeit besteht, das nächstgelegene ausländische Krankenhaus aufzusuchen.
- (3) Aufwendungen für Sanatoriumsaufenthalte (§ 7) außerhalb der Bundesrepublik sind außer bei Tuberkulosebehandlung in Österreich und in der Schweiz weder ganz noch zum Teil beihilfefähig. Aufwendungen für Heilkuren (§ 8) außerhalb der Bundesrepublik sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn nach dem amts- oder vertrauensärztlichen Zeugnis hierdurch wesentlich größere Erfolgsaussichten zu erwarten sind. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, so sind die Aufwendungen nur nach Maßgabe des Absatzes 1 beihilfefähig.

AV zu § 13

Zu Absatz 1:

1. Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tag der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in EURO umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird. Den Belegen über die Aufwendungen ist eine Übersetzung beizufügen, die bei Aufwendungen von mehr als 256 Euro auf Anforderung der Festsetzungsstelle zu beglaubigen ist.
2. Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt als Wohnort
 - a) bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle
 - b) bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienstort.
3. Aufwendungen für Behandlungen
 - a) im Kleinen Walsertal (Österreich),
 - b) in der Höhenklinik Valbella Davos (Schweiz) der Genossenschaft Sanatorium Valbella,

-
- c) in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) in der Stiftung Deutsche Heilstätte Davos und Agra,
 - d) in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos (Schweiz), geführt von der Klinik Alexanderhaus Davos GmbH, Davos Platz

gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden; in den Fällen der Buchstaben b, c und d jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Beihilferechtlich gelten die Höhenklinik Davos und die Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang als Sanatorium, soweit nicht im Einzelfall eine stationäre Krankenhausbehandlung (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) vorliegt und nachgewiesen wird; die Klinik für Dermatologie und Allergie gilt als Krankenhaus.

§ 14

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

- (1) In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsortes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zur Höhe von 525 Euro, in Todesfällen von Kindern, sofern nach der Friedhofsordnung in diesen Fällen wesentlich geringere Kosten als bei einem Begräbnis Erwachsener entstehen, bis zur Höhe von 225,50 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm hierfür Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. Steht für den Sterbefall Sterbe- oder Bestattungsgeld auf Grund von Rechtsvorschriften beziehungsweise von arbeitsvertraglichen Vereinbarungen oder ein Schadenersatz von insgesamt mindestens 1.023 Euro zu, so beträgt die Beihilfe 307 Euro, in Sterbefällen von Kindern 205 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2.045 Euro zu, wird keine Beihilfe gewährt.
- (2) Ferner sind die Aufwendungen beihilfefähig für die Überführung der Leiche oder Urne
 1. bei einem Sterbefall im Inland
 - a) vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle oder
 - b) vom Sterbeort zum nächstgelegenen Krematorium und
 - c) vom Krematorium zur Beisetzungsstelle,in den Fällen a und c jedoch nur bis zur Höhe der Überführungskosten an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes;
 2. bei einem Sterbefall im Ausland
 - a) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten auf einer Dienstreise in entsprechender Anwendung der Nummer 1,
 - b) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei privatem Aufenthalt im Ausland bis zur Höhe der Kosten einer Überführung von der deutschen Grenze zum Familienwohnsitz,
 - c) eines im Ausland wohnenden Versorgungsempfängers, seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder der im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines im Inland wohnhaften Beihilfeberechtigten, höchstens die Kosten einer Überführung für eine Entfernung von fünfhundert Kilometern.
- (3) Kann der Haushalt beim Tod des den Haushalt allein führenden Elternteils (§ 3 Abs. 1 Nummer 1 Buchstaben a und b) nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft bis zur Dauer von 6 Monaten bis zu der in § 5 Abs. 1 Nummer 5 genannten Höhe beihilfefähig, falls im Haushalt mindestens ein Kind unter 15 Jahren lebt. In Ausnahmefällen kann diese Frist von der Festsetzungsstelle auf 1 Jahr verlängert werden; § 5 Abs. 1 Nummer 4 Satz 3 und Nummer 5 Sätze 5 und 6 gelten entsprechend; § 5 Abs. 1 Nummer 5 Satz 5 jedoch nur, soweit es sich um die Unterbringung von Kindern handelt.

AV zu § 14

Zu Absatz 1:

1. Eine Beihilfe zu den Aufwendungen in Todesfällen in Höhe von 225,50 Euro bzw. 525 Euro ist ohne Nachweis der entstandenen Aufwendungen bei Vorlage der Sterbeurkunde zu gewähren, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Aufwendungen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 in dieser Höhe entstanden sind. Erreichen die beihilfefähigen Aufwendungen des Beihilfeberechtigten den Betrag von 225,50 Euro bzw. 525 Euro nicht, so wird eine Beihilfe in Höhe der entstandenen Aufwendungen gewährt.
2. Als Sterbegelder bzw. Bestattungsgelder auf Grund von Rechtsvorschriften kommen z.B. Sterbegelder nach dem Beamtenversorgungsgesetz, dem Bundes-Angestelltentarifvertrag, dem Bundesversorgungsgesetz, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie entsprechende Vorschriften in Betracht.

Zu Absatz 2:

Zu den Aufwendungen nach Absatz 2 gehören nicht die Aufwendungen für eine Überführung innerhalb der Gemeinde, weil diese nach Absatz 1 abgegolten sind.

§ 15

Bemessung der Beihilfen

- (1) Die Beihilfe beträgt für Aufwendungen
- | | |
|---|-----------------|
| 1. des Beihilfeberechtigten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1
sowie für den entpflichteten Hochschullehrer | 50 vom Hundert, |
| 2. des Empfängers von Versorgungsbezügen, der
als solcher beihilfeberechtigt ist, | 70 vom Hundert, |
| 3. des berücksichtigungsfähigen Ehegatten | 70 vom Hundert, |
| 4. eines berücksichtigungsfähigen Kindes sowie
einer Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, | 80 vom Hundert |
- der beihilfefähigen Aufwendungen.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 der Bemessungssatz 70 vom Hundert; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 vom Hundert, die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

- (2) Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen
1. nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
 2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
 3. nach § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 6 als Aufwendungen der Mutter.
- (3) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 vom Hundert jedoch höchstens auf 90 vom Hundert. Ab 1. Juli 1994 gilt Satz 1 nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nrn. 1 bis 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt.
- (4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte, zu deren Aufwendungen die gesetzliche Krankenversicherung eine entsprechende Kostenerstattung geleistet hat, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 vom Hundert der sich nach Anrechnung dieser Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 20,45 Euro (40 DM) monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird *oder wenn sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes bemisst (§ 240 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) und nicht gegenüber der Festsetzungsstelle nachgewiesen wird, dass ein beihilfekonformer Versicherungsschutz nicht oder nur zu einem Beitrag erlangt werden kann, der den vollen Beitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen würde*⁸.
- (5) Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 und 2 bezeichneten Personen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss aufgrund von

⁸ Mit In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zum 1. Januar 2004 wurde § 240 Abs. 3a SGB V aufgehoben (Art. 1 Nr. 144 Buchst. b des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190). **Damit erhalten freiwillig Versicherte, die bisher unter die Bestimmung des § 240 Abs. 3a SGB V fielen, beim Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen den erhöhten Bemessungssatz.**

Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses in Höhe von mindestens 40,90 Euro (80 DM) monatlich gewährt wird, ermäßigt sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 vom Hundert. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

- (6) Im Fall einer Leichenüberführung wird zu den angemessenen Kosten eine Beihilfe in Höhe von 100 vom Hundert gewährt, wenn der Tod während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich angeordneten Umzugs außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten ist.
- (7) Die Festsetzungsstelle kann mit Zustimmung des Ministeriums für Inneres und Sport in besonderen Ausnahmefällen, in denen zur Beseitigung offensichtlicher Härten eine Ausnahmeregelung zwingend geboten erscheint, den zustehenden Bemessungssatz erhöhen.

AV zu § 15

Zu Absatz 1:

Der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten erhöht sich auf 70 v.H., wenn und solange zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig sind. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, erhält den höheren Bemessungssatz der Elternteil, den sie bestimmen. Der Umstand, wer den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages bezieht, ist hier unerheblich. Die Bestimmung ist durch gemeinsame Erklärung zu treffen. Solange sie nicht vorliegt, kann keiner der Beihilfeberechtigten den erhöhten Bemessungssatz erhalten. Die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden; als Ausnahmefall ist z.B. eine Ehescheidung anzusehen. Die Bestimmung gilt allerdings nur für die Dauer des Konkurrenztatbestandes.

Zu Absatz 3:

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. Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird. 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. Suchtkrankheiten, 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. Die 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. Ab 1. Juli 1994 ist die Vorschrift nur dann anwendbar, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen des § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nrn. 1 bis 4 SGB V erfüllt.

Absatz 3 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach § 6.

Zu Absatz 4:

1. Der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche wie sie Pflichtversicherten gewährt werden, sind Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die freiwillig Versicherten in Höhe des Wertes einer an sich zustehenden Sachleistung gegebenenfalls nach Abzug eines Mengenrabatts, Unwirtschaftlichkeitsabschlags und dergleichen gezahlt werden.
2. Sofern die Voraussetzungen nach Nummer 1 erfüllt sind, findet Absatz 4 Satz 1 auch Anwendung für Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlungen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung hierzu nur für einzelne Aufwendungen Kostenanteile leistet.
3. Sind die Voraussetzungen nach Nummer 1 nicht erfüllt, richtet sich der Bemessungssatz nach Absatz 1. Entsprechendes gilt für Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Kostenerstattung geleistet hat.
4. Der erforderliche Nachweis über die Beitragshöhe für eine beihilfekonforme Krankenversicherung oder die Nichtaufnahme ist durch Angebote von mindestens zwei privaten Krankenversicherungen zu führen. Die Angebote sollen zum Feststellungszeitpunkt nicht älter als sechs Monate sein. Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 v.H. der Aufwendungen ermöglicht.

Zu Absatz 5:

Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes des Zuschussempfängers ist der Gesamtbeitrag des Zuschusses im Zeitpunkt der Entstehung der Aufwendungen.

Zu Absatz 7:

Bei Anträgen auf Bewilligung einer Ausnahme müssen die Gründe, die zur Beseitigung einer offensichtlichen Härte eine besondere Ausnahmeregelung rechtfertigen, durch entsprechende Unterlagen belegt werden.

§ 16

Begrenzung der Beihilfen

- (1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentage-, Pflagetage- und Krankenhaustagegeldversicherungen unberücksichtigt. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in §§ 5 bis 14 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 12 Abs. 1 Sätze 2 bis 4 und Abs. 2 sowie § 14 Abs. 1 unberücksichtigt.
- (2) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen, auch wenn Leistungen nicht in Anspruch genommen werden. Aufwendungen nach §§ 6 und 8 werden getrennt abgerechnet.

AV zu § 16

Zu Absatz 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 §§ 5 bis 14 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (z.B. Kosten eines teuren Brillengestells, Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnung übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen für nicht verordnete Medikamente, für Mittel nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Satz 4 sowie die nach § 5 Abs. 2 Buchstabe a von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Aufwendungen.

Zu Absatz 2:

1. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag - etwa für die einzelnen Positionen - die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen, vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen solche nach §§ 6 und 8, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.
2. Der Nachweis darüber, dass Versicherungsleistungen aufgrund des Versicherungsvertrages nach einem Vomhundertsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag nach Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.
3. Übersteigt der Betrag der nach § 15 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.

§ 17

Verfahren

- (1) Die Beihilfen werden auf Antrag gewährt. Als Festsetzungsstelle entscheiden die obersten Dienstbehörden; im Landesbereich entscheidet das Landesamt für Finanzen - Zentrale Besoldungs- und Versorgungsstelle (ZBS) -, sofern ihr die Entscheidungsbefugnis durch die jeweilige oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Ministerium für Finanzen und Bundesangelegenheiten übertragen worden ist.
- (2) Die Anträge sind unter Beifügung der Belege der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle vorzulegen. Die Festsetzungsstelle darf bei begründeten Zweifeln an der Echtheit eines Beleges, insbesondere bei Computerrechnungen ohne vorgedruckten Briefkopf, die erforderliche Auskunft unmittelbar beim Aussteller einholen. Für die Anträge und die Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe sind die von dem Ministerium für Inneres und Sport herausgegebenen Formblätter zu verwenden. Die bei der Bearbeitung der Beihilfe bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheim zu halten. Im Übrigen gelten die Vorschriften des § 108a des Saarländischen Beamtengesetzes.
- (3) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen (§ 4 Abs. 5 Satz 2), spätestens jedoch ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt hat. Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 6 Abs. 4 Satz 1 der letzte Tag des Monats, in dem diese Pflege erbracht wurde, nach § 12 der Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt, nach § 14 Abs. 1 der Todestag und bei Aufwendungen nach § 8 Abs. 4 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn der Adressat der Rechnung nicht der Beihilfeberechtigte selbst, sondern ein anderer Kostenträger ist. Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch.
- (4) Eine Beihilfe kann nur beantragt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten beihilfefähigen Aufwendungen insgesamt mehr als 100 Euro (200 DM) betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so kann abweichend von Satz 1 eine Beihilfe beantragt werden.
- (5) Die Beihilfe ist auf volle Euro abzurunden.
- (6) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle durch Stempelaufdruck „Für Beihilfezwecke verwendet“ oder auf andere Weise (Perforation) kenntlich zu machen.
- (7) Auf eine zu erwartende Beihilfe können angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden.
- (8) Bei Beihilfen von mehr als 500 Euro (1.000 DM), bei stationären Behandlungen oder Heilkuren von mehr als 1.000 Euro (2.000 DM) hat der Beihilfeberechtigte die ihm von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege für die beihilfefähigen Aufwendungen noch drei Jahre nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Anfordern vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung verbleiben. Die Festsetzungsstelle hat ihn bei der Rückgabe der Belege darauf hinzuweisen.
- (9) Ist eine vorgeschriebene vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ohne Verschulden und nicht lediglich aus Unkenntnis verhindert war, die Anerkennung zu beantragen und die Antragstellung innerhalb eines Monats nach Wegfall des Hindernisses nachgeholt worden ist. Im Übrigen gilt § 32 des Saarländischen Verwaltungsverfahrensgesetzes entsprechend.

AV zu § 17

Zu Absatz 2:

1. Für den Beihilfeantrag und die Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe sowie für Anerkennungsbescheide nach den §§ 7 und 8 sind die anliegenden Formblätter zu verwenden.
2. Der Beihilfeantrag ist unter Beifügung der Belege bei der Festsetzungsstelle einzureichen. Als Nachweis der Aufwendungen können außer Originalbelegen Zweitschriften der Rechnungen, Fotokopien und beglaubigte Abschriften anerkannt werden, es sei denn, Originalbelege sind vorgeschrieben.
3. Anträge auf Gewährung einer Beihilfe sind im Interesse der Verminderung der Verwaltungsarbeit nur in größeren Zeitabständen von mindestens sechs Monaten, möglichst jedoch nur einmal jährlich zu stellen, es sei denn, dass Auslagen in einer Höhe entstanden sind, die der Beihilfeberechtigte in Anbetracht seiner wirtschaftlichen Lage ohne die zu erwartende Beihilfe nicht decken kann. Die Festsetzungsstellen sind gehalten, die Bearbeitung von Beihilfeanträgen, mit denen nur geringe Aufwendungen geltend gemacht werden, wenn die Arbeitslage es erfordert, zurückzustellen und ggf. mit späteren Anträgen zu verbinden.
4. Die Beihilfeanträge einschließlich der Belege (Arztrechnungen, Rezepte, ärztliche Gutachten und dergleichen) können der Festsetzungsstelle in einem verschlossenen Umschlag eingereicht werden. In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsstelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten. Eine Überprüfung der in den Anträgen gemachten Angaben an Hand der Personalakten durch die Festsetzungsstellen darf nur in Zweifelsfällen vorgenommen werden. Bei den Festsetzungsstellen sind die ärztlichen Gutachten usw., die über die Art einer Erkrankung Aufschluss geben, nach der Auswertung von dem zuständigen Sachbearbeiter in einem Umschlag zu verschließen.

Zu Absatz 3:

Die Einjahresfrist nach Absatz 3 Satz 2 beginnt mit dem auf die Entstehung der Aufwendungen bzw. auf das Ausstellungsdatum der Rechnung folgenden Tag. Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand möglich, sofern die Voraussetzungen nach § 32 des Saarländischen Verwaltungsverfahrensgesetzes vorliegen. In Fällen, in denen einer Person Sozialhilfe gewährt worden ist, kann der Anspruch auf Beihilfe auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden. Die Ausschlussfrist beginnt auch in diesen Fällen mit der erstmaligen Ausstellung der Rechnung durch die Krankenanstalt.

Zu Absatz 7:

In den Fällen des § 6 Abs. 4 kann auf Antrag für die Dauer von jeweils bis zu 6 Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. Nach diesem Zeitpunkt ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten endgültig festzusetzen. Das vom Ministerium für Inneres und Sport herausgegebene Formschreiben ist zu verwenden.

Soweit Krankenhäuser auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung Vorauszahlungen verlangen, können diesen Einrichtungen auf Antrag des Beihilfeberechtigten angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden. Für die Beantragung ist das anliegende Formularblatt "Antrag auf Abschlagszahlung" zu verwenden. Dabei ist die Vorschussanforderung der Einrichtung beizufügen, die Angaben über den Aufenthaltszeitraum und den Pflegesatz enthalten muss.

§ 18

Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und andere Personen in Todesfällen

- (1) Zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden waren und zu den in § 14 Abs. 1 und 2 genannten Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten wird dem hinterbliebenen Ehegatten oder den Kindern des Verstorbenen Beihilfe gewährt; sie ist, soweit nicht eine Pauschalbeihilfe zu gewähren ist, nach dem Hundertsatz zu bemessen, der dem Verstorbenen an dem Tag vor seinem Ableben zugestanden hätte. Empfangsberechtigt ist von den oben genannten Angehörigen derjenige, der die Urschrift der Ausgabebelege vorlegt.
- (2) Sind Hinterbliebene nach Absatz 1 nicht vorhanden, so können Beihilfen zu den in Absatz 1 bezeichneten Aufwendungen auch an andere natürliche oder an juristische Personen gewährt werden, soweit sie durch diese Kosten belastet sind, die sie für den Beihilfeberechtigten bezahlt haben. Zu den Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten ist abweichend von § 14 Abs. 1 die Beihilfe mit dem in Absatz 1 genannten Bemessungssatz zu berechnen; sie darf jedoch höchstens 614 Euro (1.200 DM) beziehungsweise 409 Euro (800 DM) betragen.

AV zu § 18

Zu Absatz 1:

1. Kinder im Sinne des Absatzes 1 sind leibliche Kinder, Adoptivkinder sowie Stiefkinder des Verstorbenen.
2. 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 § 15 ergebenden Bemessungssätze zugrunde zu legen, wie sie am Tage vor dem Tode maßgebend waren.
3. Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

Zu Absatz 2:

Die außerordentliche Antragsberechtigung nach Absatz 2 ist nur gegeben, wenn der Verstorbene weder einen Ehegatten noch Kinder hinterlässt. Antragsberechtigt sind in diesem Falle die Eltern, Geschwister, Großeltern, aber auch sonstige Personen, die in keinem Verwandtschaftsverhältnis zu dem antragsberechtigt gewesenen Verstorbenen gestanden haben. Voraussetzung für die Gewährung einer Beihilfe ist jedoch, dass der Antragsteller durch die Aufwendungen tatsächlich belastet ist. Bei der Prüfung der Frage, ob und inwieweit eine Belastung vorliegt, sind die Vermögenswerte, die dem Antragsteller als Erben oder Vermächtnisnehmer zufließen, zu berücksichtigen. Eine Beihilfe kann daher nicht gewährt werden, wenn die Aufwendungen durch Sterbegeld nach dem Beamtenversorgungsgesetz, einer Sterbegeldversicherung oder einer Lebensversicherung usw. gedeckt werden könnten. Erbt der Antragsteller Sachwerte, ist zu überprüfen, ob es ihm zugemutet werden kann, unter Berücksichtigung des angetretenen Erbes die beihilfefähigen Aufwendungen zu tragen. Auch die Höhe der Beihilfe liegt in diesen Fällen im Ermessen der Festsetzungsstelle.

§ 19

Übergangs und Schlussvorschriften

- (1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1963 in Kraft.
- (2) Das Ministerium für Inneres und Sport regelt, mit welchen Abweichungen die Verordnung auf die ins Ausland abgeordneten Beamten und die Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland anzuwenden ist.

Dateiname: Broschuere_2002_Original_Version_01_04_2004.doc
Verzeichnis: \\Ares\Doku\$\SG22\BhVO_u_GebO
Vorlage: C:\Programme\Microsoft Office\Office\NORMAL.DOT
Titel: Vorwort
Thema:
Autor: Norbert Herrmann
Stichwörter:
Kommentar:
Erstelldatum: 20.07.2004 15:44
Änderung Nummer: 199
Letztes Speicherdatum: 26.11.2004 09:20
Zuletzt gespeichert von: Norbert Herrmann
Letztes Druckdatum: 26.11.2004 09:21
Nach letztem vollständigen Druck
Anzahl Seiten: 173 (ca.)
Anzahl Wörter: 55.875 (ca.)
Anzahl Zeichen: 318.488 (ca.)