


Amtliche Abkürzung:	BhVO	Quelle:	
Ausfertigungsdatum:	15.11.2016	Fundstelle:	GVOBl. 2016, 863
Gültig ab:	23.12.2016	Gliede-	2032-1-17
Gültig bis:	22.12.2021	rungs-Nr:	
Dokumenttyp:	Verordnung		

**Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen
an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein
(Beihilfeverordnung - BhVO)
Vom 15. November 2016**

Gesamtausgabe in der Gültigkeit vom 23.12.2016 bis 22.12.2021

Aufgrund des § 80 Absatz 1 und 4 Satz 2 des Landesbeamtengesetzes vom 26. März 2009 (GVOBl. Schl.-H. S. 93, ber. S. 261), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Oktober 2016 (GVOBl. Schl.-H. S. 830), verordnet die Landesregierung:

Inhaltsübersicht:

Abschnitt 1

Grundsatz

§ 1 Grundsatz

Abschnitt 2

Persönlicher Geltungsbereich

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

§ 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige

§ 4 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

Abschnitt 3

Allgemeine Vorschriften

§ 5 Verfahren

§ 6 Bemessung der Beihilfen

§ 7 Begrenzung der Beihilfen

Abschnitt 4

Beihilfefähige Aufwendungen

§ 8 Grundsatz der Beihilfefähigkeit

§ 9 Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

§ 10 Beihilfefähige Aufwendungen bei Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung

§ 11 Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

§ 12 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf

§ 12a Häusliche Pflege

§ 12b Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

§ 12c Vollstationäre Pflege

§ 12d Zusätzliche Betreuungsleistungen

§ 13 Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen

§ 14 Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

§ 15 Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Abschnitt 5

Eigenbeteiligung und Schlussbestimmungen

§ 16	Selbstbehalt
§ 17	Durchführungsbestimmungen, Ausnahmen
§ 18	Übergangsregelungen
§ 19	Anlagen
§ 20	Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Abschnitt 1

Grundsatz

§ 1 Grundsatz

(1) Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen.

(2) Die Beihilfen ergänzen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist. Insoweit ist die Beihilfe ergänzende Fürsorgeleistung.

(3) Beihilfen werden nach Maßgabe dieser Verordnung und den von der für die Grundsatzfragen des Beihilferechts zuständigen obersten Landesbehörde hierzu veröffentlichten Durchführungsbestimmungen zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder als Pauschale geleistet.

(4) Auf die Gewährung von Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden. Die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger ist bezüglich des für seine Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrages einer Beihilfe zulässig.

Abschnitt 2

Persönlicher Geltungsbereich

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamtinnen und Beamte und entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer,
2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger sowie frühere Beamtinnen und Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
3. Witwen und Witwer sowie die in § 23 Beamtenversorgungsgesetz genannten Kinder der unter den Nummern 1 und 2 aufgeführten Personen.

Nicht beihilfeberechtigt sind Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte sowie Beamtinnen und Beamte und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes vom 6. April 1979 (BGBl. I S. 413), zuletzt geändert durch Gesetz vom 11. Juli 2014 (BGBl. I S. 906), oder entsprechenden vorrangigen bundesrechtlichen Vorschriften sowie entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften zustehen.

(2) Als Beihilfeberechtigte gelten unter den Voraussetzungen des § 5 Absatz 4 auch andere natürliche und juristische Personen.

(3) Beihilfeberechtigung besteht nur, wenn und solange Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren aufgrund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag gezahlt werden. Sie besteht auch

1. wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden,
2. während einer Elternzeit, soweit nicht bereits aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung unmittelbar ein Anspruch auf Beihilfe besteht,
3. bei Alleinerziehenden während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge nach § 62 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Landesbeamtengesetz, wenn ein Kind unter 18 Jahren tatsächlich betreut oder gepflegt wird,
4. während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge nach § 62 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Landesbeamtengesetz, wenn eine sonstige pflegebedürftige Angehörige oder ein sonstiger pflegebedürftiger Angehöriger tatsächlich betreut oder gepflegt wird,
5. bei einer sonstigen Freistellung vom Dienst unter Fortfall der Bezüge bis zu einer Dauer von einem Monat

sowie in den Fällen nach § 80 Absatz 5 Satz 3 Landesbeamtengesetz.

§ 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. die Ehegattin oder der Ehegatte oder die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner der oder des Beihilfeberechtigten,
2. die im Familienzuschlag nach dem Besoldungsgesetz Schleswig-Holstein berücksichtigten Kinder der oder des Beihilfeberechtigten, hinsichtlich der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt die Mutter des Kindes als berücksichtigungsfähige Angehörige, Kinder der oder des Beihilfeberechtigten, für die das Steueränderungsgesetz 2007 vom 19. Juli 2006 (BGBl. I S. 1652) zu einer Herabsetzung der Höchstdauer des Kindergeldanspruchs führt und die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hochschule eingeschrieben sind, gelten für die Dauer des Studiums, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich geleisteter Wehr- und Zivildienstzeiten, abweichend von Halbsatz 1 als berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern sie am 31. Dezember 2006 nach den bis zu diesem Tage gültigen Vorschriften im Familienzuschlag berücksichtigt worden sind.

(2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister der oder des Beihilfeberechtigten oder ihres Ehegatten oder seiner Ehegattin oder ihrer eingetragenen Lebenspartnerin oder seines eingetragenen Lebenspartners,
2. Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen, eingetragene Lebenspartner und Kinder von beihilfeberechtigten Waisen.

§ 4 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

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

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger aus,

2. aufgrund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung aufgrund früherer Versorgungsbezüge aus, es sei denn, der frühere Versorgungsanspruch ist aus eigenem Recht entstanden.

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

(3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger aus. Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger vor.

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften sowie entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Beihilfevorschriften des Landes im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt bei teilzeitbeschäftigten Personen ein Beihilfeanspruch dar, wenn er gequotelt ist.

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

Abschnitt 3

Allgemeine Vorschriften

§ 5 Verfahren

(1) Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag der oder des Beihilfeberechtigten gewährt. Die Beihilfeberechtigten haben die von der zuständigen Festsetzungsbehörde herausgegebenen Formblätter zu verwenden. Die Ehegattin oder der Ehegatte, die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner, die oder der von der oder dem Beihilfeberechtigten getrennt lebt, oder infolge der Trennung nicht im Haushalt der oder des Beihilfeberechtigten lebende Kinder sind berechtigt, für eigene Aufwendungen Beihilfen zu beantragen.

(2) Eine Beihilfe wird nur für Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Als Belege sind deutlich lesbare Kopien oder Zweitschriften einzureichen. Es werden keine Belege zurückgegeben.

(3) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder Ausstellung der Rechnung beantragt wird und wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen 100,00 € übersteigen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, wird abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt, wenn diese Aufwendungen 15,00 € übersteigen. Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 12a Absatz 1 und 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde und bei Aufwendungen nach § 11 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt. Die Aufwendungen sind mit Belegen nachzuweisen.

(4) Im Falle des Todes der oder des Beihilfeberechtigten erhalten die hinterbliebene Ehegattin oder der hinterbliebene Ehegatte, die hinterbliebene eingetragene Lebenspartnerin oder der hinterbliebene eingetragene Lebenspartner, die leiblichen Kinder oder Adoptivkinder der oder des Verstorbenen oder die zur Verwaltung des Nachlasses berufene Person Beihilfen zu den bis zu deren oder dessen Tod entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod der oder des Beihilfeberechtigten. Sie wird derjenigen oder demjenigen mit befreiender Wirkung gewährt, die oder der die Aufwendungen zuerst geltend gemacht und belegt hat. Andere als die in Satz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Satz 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben. Sind diese Personen

Erben der oder des Beihilfeberechtigten, erhalten sie eine Beihilfe auch zu Aufwendungen der Erblasserin oder des Erblassers, die von dieser oder diesem bezahlt worden sind.

(5) Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind vertraulich zu behandeln. Sie dürfen nur nach Maßgabe des § 86 des Landesbeamtengesetzes verwendet oder weitergegeben werden.

(6) Beihilfen werden auf das Konto überwiesen, auf das Dienst-, Versorgungs- und andere Bezüge gezahlt werden; Ausnahmen bedürfen der Zustimmung der Festsetzungsstelle.

(7) Für Aufwendungen über 2.600,00 € können Abschlagszahlungen erfolgen.

(8) Ist in den Fällen des § 10 Absatz 2 Nummer 2 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen sind.

(9) Die zuständige oberste Landesbehörde kann Regelungen zur risikoorientierten Bearbeitung treffen. Dabei kann insbesondere geregelt werden,

1. dass die Antragsprüfung sowie die Prüfungsintensität an bestimmte Wertgrenzen oder andere Kriterien geknüpft werden,
2. dass Stichproben zulässig sind und
3. dass verschiedenen Risikoklassen bestimmte Prüfungsintensitäten zugeordnet werden.

§ 6 Bemessung der Beihilfen

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

- | | | |
|----|--|-------|
| 1. | die oder den Beihilfeberechtigten nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 | 50 %, |
| 2. | die Empfängerin oder den Empfänger von Versorgungsbezügen, die oder der als solche oder solcher beihilfeberechtigt ist | 70 %, |
| 3. | die Ehegattin oder den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner | 70 %, |
| 4. | ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist | 80 %, |
| 5. | die Mutter eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten (§ 3 Absatz 1 Nummer 2 Halbsatz 2) | 70 %. |

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die oder den Beihilfeberechtigten nach Satz 2 Nummer 1 70 %.

Kinder, die nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 Halbsatz 3 als berücksichtigungsfähige Angehörige gelten, werden bei der Anwendung des Satzes 3 nicht mitgezählt. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einer oder einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten

70 %;

die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. Satz 2 Nummer 2 gilt auch für die entpflichtete Hochschullehrerin oder den entpflichteten Hochschullehrer, der oder dem aufgrund einer weiteren Beihilfeberechtigung nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, die jedoch gemäß § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nachrangig ist, ein Bemessungssatz von 70 % zustehen würde.

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

1. nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen der oder des Begleiteten,
3. nach § 15 Nummer 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 15 Nummer 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter,
5. nach § 9 Absatz 1 Nummer 13 als Aufwendungen der oder des Beihilfeberechtigten; Kosten, die einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen zuzuordnen sind, gelten als ihre oder seine Kosten,
6. nach § 9 Absatz 1 Nummer 11 als Aufwendungen der Organempfängerin oder des Organempfängers.

(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 %, jedoch höchstens auf 90 %. Satz 1 gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) erfüllt.

(4) Die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen

1. für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,
2. in besonderen Ausnahmefällen.

Eine Erhöhung ist ausgeschlossen in den Fällen der §§ 12a bis 12d. Die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde kann die Zuständigkeit zur Bemessungssatzerhöhung auf die jeweilige Beihilfefestsetzungsstelle übertragen.

§ 7 Begrenzung der Beihilfen

(1) Die errechnete Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI) dienen, unberücksichtigt.

(2) Dem Grunde nach beihilfefähig sind die beihilferechtlich zu berücksichtigenden Aufwendungen ohne Einschränkungen und Begrenzungen. Die Versicherungsleistungen sind nachzuweisen. Bei Versicherung nach einem Prozentsatz genügt der Nachweis des Versicherungsscheines. Der Summe der mit ei-

nem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen für Heilkuren und dauernde Pflegebedürftigkeit werden getrennt abgerechnet.

(3) Die Begrenzung der Beihilfe nach Absatz 1 erfolgt je Beihilfeantrag.

Abschnitt 4

Beihilfefähige Aufwendungen

§ 8

Grundsatz der Beihilfefähigkeit

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte, für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens, bei zahnärztlichen Leistungen den 2,3-fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661), nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Aufwendungen für Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des 1,3-fachen Mindestsatzes des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker aus dem Jahr 1985, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I 3320), bei vergleichbaren Leistungen. Über die Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann dazu Gutachten einer Amts- oder Vertrauensärztin oder eines Amts- oder Vertrauensarztes einholen. Aufwendungen für ärztliche Leistungen, auch wenn diese pauschaliert in Rechnung gestellt werden, gelten als angemessen, wenn diese aufgrund Vereinbarungen gesetzlicher Krankenkassen nach dem SGB V oder aufgrund von Verträgen zwischen Unternehmen privater Krankenkassen und Leistungserbringern erbracht werden, wenn dadurch Kosten für die Beihilfe eingespart werden.

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

(3) Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind dabei 65 % als gewährte Leistung von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 % als zustehende Leistung anzusetzen.

Die Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Absatz 2, 4 und 6 Bundesversorgungsgesetz oder hierauf Bezug nehmende Vorschriften,
2. für berücksichtigungsfähige Kinder von Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden,
3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

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

(4) Aufwendungen für Leistungen innerhalb der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Absatz 1 Satz 2 ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Ohne Beschränkung auf die Höhe der im Inland beihilfefähigen Aufwendungen sind außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen beihilfefähig, wenn

1. sie während einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zu einer Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist; die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist; in begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen,
3. für aus Anlass einer Heilkur außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen ein Gutachten einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes darüber vorgelegt wird, dass die Heilkur wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten außerhalb der Europäischen Union dringend notwendig ist, oder
4. im Rahmen einer Notfallversorgung im Ausland für die behandelte Person keine Möglichkeit bestand, für die erbrachten medizinischen notwendigen Leistungen eine kostengünstigere inländische Behandlung in Anspruch zu nehmen.

(5) Nicht beihilfefähig sind

1. Walleleistungen,
2. Sach- und Dienstleistungen; als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Heilfürsorgeempfängerinnen und Heilfürsorgeempfängern die nicht in Anspruch genommenen zustehenden Leistungen nach den Heilfürsorgebestimmungen; bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch
 - a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem SGB V;
 - b) Aufwendungen, mit Ausnahme der Aufwendungen für Walleleistungen im Krankenhaus, die darauf beruhen, dass die oder der Versicherte die bei der Behandlerin oder dem Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat; dies gilt auch, wenn Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden;

dies gilt nicht für Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe - (SGB XII), wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,

3. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, Kostenanteile, Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,
4. die in den §§ 9 bis 14 genannten Aufwendungen, die für die Ehegattin oder den Ehegatten, die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner der oder des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Absatz 3 Einkommensteuergesetz) der Ehegattin oder des Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000,00 € übersteigt, es sei denn, dass der Ehegattin oder dem Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin oder dem eingetragenen Lebenspartner trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenver-

sicherung 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),

5. Aufwendungen für Beamtinnen und Beamte, denen aufgrund von §§ 112 oder 113 des Landesbeamtengesetzes Heilfürsorge zusteht,
6. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit einer oder eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegattinnen oder Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen oder eingetragene Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person; Aufwendungen zum Ersatz der oder dem nahen Angehörigen entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig,
7. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Absatz 4 SGB V verlangt wird,
8. Selbstbehalte bei Kostenerstattung nach den §§ 13 und 53 SGB V,
9. Aufwendungen, die bereits auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4) beihilfefähig sind,
10. Aufwendungen insoweit, als Schadensersatz 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, soweit die Aufwendungen auf einem Ereignis beruhen, das nach § 52 des Landesbeamtengesetzes zum Übergang des gesetzlichen Schadensersatzanspruches auf den Dienstherrn führt.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

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

1. ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sowie Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers; Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2; nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden,
2. die von einer Ärztin oder einem Arzt, einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt, einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen,
3. eine von einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe; zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung oder Heilkur), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien; die Heilbehandlung muss von einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeutin oder Ergotherapeuten, Physiotherapeutin oder Physiotherapeuten, Krankengymnastin oder Krankengymnasten, Logopädin oder Logopäden, Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagogen, Masseurin oder Masseur, Masseurin und medizinischen Bademeisterin oder Masseur und medizinischen Bademeister oder Podologin oder Podologen durchgeführt werden,
4. Anschaffung oder Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der von einer Ärztin oder von einem Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände; Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3; dabei kann die für

das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,

5. Erste Hilfe,
6. die vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a SGB V; die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229), und nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229), und zwar allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 BPfIV, § 2 Absatz 2 KHEntgG),
 - a) tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungspflegesatz, Basispflegesatz, teilstationärer Pflegesatz),
 - b) Entgelte für Sondervereinbarungen, Modellvorhaben,
 - c) Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen;

Ermäßigungen der Vergütungen für allgemeine Krankenhausleistungen wegen der Inanspruchnahme von Wahlleistungen bleiben unberücksichtigt, bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig, die den vorstehend genannten entsprechen,

7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung); die Grundpflege muss überwiegen; daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig; bei einer Pflege durch Ehegattinnen oder Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen oder eingetragene Lebenspartner, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegertöchter, Schwiegersöhne, Schwägerinnen, Schwäger, Schwiegereltern und Geschwister der oder des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:
 - a) Fahrtkosten,
 - b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegattinnen oder Ehegatten und Eltern der oder des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig,

Aufwendungen nach den Halbsätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Entgeltgruppe KR 7a der Anlage 5 A des Tarifvertrages zur Überleitung der Beschäftigten der Länder in den TV-L und zur Regelung des Übergangsrechts - TVÜ-Länder - vom 12. Oktober 2006),

8. eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu 9,00 € stündlich, höchstens 72,00 € täglich; Voraussetzung ist, dass
 - a) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer krankheitsbedingten notwendigen außerhäuslichen Unterbringung oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,
 - b) im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Absatz 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
 - c) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann, und

- d) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person, ausgenommen Alleinerziehende, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist;

die Buchstaben a bis d gelten auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung; die Aufwendungen im Todesfall der haushaltsführenden Person (Buchstabe a) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig; Nummer 7 Halbsatz 3 gilt entsprechend; werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig; die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Halbsatz 3 genannten Personen sind, mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu 36,00 € täglich, nicht beihilfefähig,

9. Fahrten

- a) im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus; eine Rückbeförderung wegen Erkrankung anlässlich privater Reisen in ein wohnortnahes Krankenhaus ist nicht beihilfefähig,
- b) als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- c) als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
- d) zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationärsersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist,
- e) zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen;

Fahrtkosten sind bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung beihilfefähig; höhere Fahrtkosten sind nur beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 5 Absatz 1 Satz 2 des Bundesreisekostengesetzes vom 26. Mai 2005 (BGBl. I S. 1418), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 285), genannte Betrag beihilfefähig; bei Fahrten nach den Buchstaben b und c sind die nach dem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig; Voraussetzung für die beihilfefähige Anerkennung ist der Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der Fahrten,

- 10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26,00 € täglich; ist eine Begleitperson erforderlich, sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 € täglich beihilfefähig; die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
- b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 9,00 € täglich; dies gilt nicht wenn eine Beihilfe zu den Aufwendungen für eine stationäre Pflege oder für eine Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe gewährt wird,

11. Organspenderinnen und Organspender, wenn die Empfängerin oder der Empfänger Beihilfeberechtigte oder Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähige Angehörige oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der von der Organspenderin oder vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen; dies gilt auch für als Organspenderinnen oder Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspenderinnen oder Organspender nicht in Betracht kommen,
12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,
13. eine künstliche Befruchtung einschließlich der damit verordneten Arzneimittel; die Regelungen des § 27a SGB V gelten bis auf die folgenden Abweichungen entsprechend: die notwendigen Aufwendungen sind nach dem Verursacherprinzip zuzuordnen und in voller Höhe beihilfefähig; die Paare müssen nicht verheiratet sein,
14. eine Sterilisation, die aus medizinischen Gründen notwendig ist,
15. eine ambulante, voll- und teilstationäre Komplextherapie; soweit dabei nichtärztliche Leistungen erbracht werden, müssen diese von Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalberufen geleistet werden.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
2. Mund- und Rachentherapeutika,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit,
5. für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen.

(3) Die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

1. für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode begrenzen oder ausschließen,
2. für bestimmte ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen,
3. für
 - a) Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden,
 - b) unwirtschaftliche Arzneimittel,
 - c) Heilbehandlungen und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis

ausschließen,

4. für die in Absatz 1 Nummer 3 bezeichneten Heilbehandlungen begrenzen.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung

(1) Aus Anlass einer Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung sind beihilfefähig die Aufwendungen:

1. nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 bis 3,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung; für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 % des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig; Voraussetzung ist eine Bestätigung der Rehabilitationseinrichtung, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist,
3. nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 mit Ausnahme des Halbsatzes 3,
4. nach § 9 Absatz 1 Nummer 9,
5. für den ärztlichen Schlussbericht,
6. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson.

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

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Behandlung in der Rehabilitationseinrichtung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
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.

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

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

4. durch Einzelfallentscheidung der für das Beihilferecht zuständigen obersten Landesbehörde.

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

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

(1) Aufwendungen für eine Heilkur sind nur beihilfefähig für Beamtinnen und Beamte und Richterinnen und Richter mit Dienstbezügen, Amtsbezügen und Beamtinnen und Beamte mit Anwärterbezügen.

(2) Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 bis 3,
2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens drei Wochen bis zum Betrag von 16,00 € täglich, für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, bis zum Betrag von 13,00 € täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 € täglich beziehungsweise 10,00 € täglich für die Begleitperson hinausgehen,
3. nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 mit Ausnahme des Halbsatzes 3,
4. nach § 9 Absatz 1 Nummer 9,
5. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
6. für den ärztlichen Schlussbericht.

Sofern die Aufwendungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 pauschal in Rechnung gestellt werden und für diese eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis begrenzt.

(3) Die Aufwendungen nach Absatz 2 Nummer 2 bis 5 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2682), zuletzt geändert durch Artikel 46 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474), ersetzt werden kann,
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.

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

1. wenn die oder der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist; eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während der Elternzeit und während einer Beurlaubung nach § 62 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Landesbeamtengesetz und § 7 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 des Landesrichtergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 1992 (GVOBl. Schl. H. S. 46), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Juli 2016 (GVOBl.

Schl.-H. S. 597), sowie während einer Zeit, in der die Beihilfeberechtigte oder der Beihilfeberechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient,

2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist; von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerem chronischen Leiden, wenn nach dem Gutachten der Amts- oder Vertrauensärztin oder des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
4. wenn bekannt ist, dass das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
5. solange die oder der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

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

1. einer Fraktion des Schleswig-Holsteinischen Landtages,
2. Zuwendungsempfängerinnen und Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 % aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Landes anwenden

der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.

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

(7) Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren in Form einer Rehabilitationskur gelten als Heilkuren. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür vorgesehenen Einrichtungen. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 beihilfefähig für Beihilfeberechtigte (§ 2) und berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 3).

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die häusliche Pflege nach Maßgabe des § 12a, für teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 12b und für vollstationäre Pflege nach Maßgabe des § 12c beihilfefähig. Bei Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach § 12d.

(2) Dauernde Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Personen 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 mindestens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Eine Beihilfe wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wird nur gewährt, wenn der zu pflegenden Person eine § 15 SGB XI entsprechende Pflegestufe zuerkannt ist.

(3) Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf liegt vor, wenn bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14

und 15 SGB XI) zusätzlich ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies gilt entsprechend für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen (§ 87b SGB XI).

(4) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der oder des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder die soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde, bei Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (§ 40 Absatz 4 SGB XI) jedoch nur bis zu 4.000,00 € je Maßnahme, soweit die Pflegeversicherung hierzu Leistungen erbringt. Bei mehreren Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung ist der förderungsfähige Gesamtbetrag je Maßnahme auf 16.000,00 € begrenzt.

(5) Die Kosten einer Anschubfinanzierung zur Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nach den Vorgaben des § 45e SGB XI sind beihilfefähig, wenn auch die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Zuschüsse erbracht hat.

(6) Neben den Pflegeleistungen ist eine notwendige Behandlungspflege beihilfefähig, soweit die in den Bereichen der Kurzzeit-, teilstationären und vollstationären Pflege vorgesehenen Pauschalen diese Leistungen nicht bereits enthalten.

(7) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege, der Pflegestufe sowie dem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist aufgrund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen zur Hälfte gewährt. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(8) Aufwendungen für Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI oder für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 SGB XI sind beihilfefähig, soweit für die jeweilige Pflegeberatung oder den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die Pflegeversicherung besteht. Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde.

§ 12a Häusliche Pflege

(1) Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB XI) sind entsprechend der Pflegestufe des § 15 SGB XI beihilfefähig

1. für Pflegebedürftige ohne Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz

- | | | |
|----|----------------------|--|
| a) | der Pflegestufe I | Pflegesätze bis zu einem Gesamtwert von 468,00 € monatlich, |
| b) | der Pflegestufe II | Pflegesätze bis zu einem Gesamtwert von 1.144,00 € monatlich, |
| c) | der Pflegestufe III | Pflegesätze bis zu einem Gesamtwert von 1.612,00 € monatlich, |
| d) | der Pflegestufe III, | die als Härtefall anerkannt sind, für Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.995,00 € monatlich, |

2. für Pflegebedürftige mit Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz

- | | | |
|----|----------------------|--|
| a) | der Pflegestufe 0 | Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 231,00 € monatlich, |
| b) | der Pflegestufe I | Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 689,00 € monatlich, |
| c) | der Pflegestufe II | Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.298,00 € monatlich, |
| d) | der Pflegestufe III | Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.612,00 € monatlich, |
| e) | der Pflegestufe III, | die als Härtefall anerkannt sind, für Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.995,00 € monatlich. |

(2) Bei einer häuslichen Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 SGB XI monatlich höchstens folgende Pauschalen beihilfefähig:

1. für Pflegebedürftige ohne Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz

- | | | |
|----|---------------------|-----------|
| a) | der Pflegestufe I | 244,00 €, |
| b) | der Pflegestufe II | 458,00 €, |
| c) | der Pflegestufe III | 728,00 €, |

2. für Pflegebedürftige mit Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz

- | | | |
|----|---------------------|-----------|
| a) | der Pflegestufe 0 | 123,00 €, |
| b) | der Pflegestufe I | 316,00 €, |
| c) | der Pflegestufe II | 545,00 €, |
| d) | der Pflegestufe III | 728,00 €. |

Wird die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die jeweilige Pauschale nach Satz 1, mit Ausnahme des Monats, in dem die oder der Pflegebedürftige gestorben ist, entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sozialgesetzbuches Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung - (SGB VI), zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit nach § 44a SGB XI sowie Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung einschließlich der damit verbundenen Leistungen zur sozialen Sicherung sind beihilfefähig.

(3) Ist die Pflegeperson nach Absatz 2 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, sind die Aufwendungen für die Ersatzpflege (§ 39 Absatz 1 Satz 3 SGB XI) im Kalenderjahr bis zu weiteren 1.612,00 € beihilfefähig. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der oder dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind neben der Pauschale nach Absatz 2 Satz 1 auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, begrenzt auf den Betrag nach Satz 1, beihilfefähig; wird die Ersatzpflege durch diese Person erwerbsmäßig ausgeübt, gilt Satz 1 entsprechend. Werden die beihilfefähigen Höchstbeträge für Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Verhinderungspflege um bis zu 806,00 € (50% des Höchstbetrages für Kurzzeitpflege) erhöht werden. In diesen Fällen können entsprechende Aufwendungen in Höhe von bis zu 2.418,00 € als beihilfefähig anerkannt werden. Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag der Kurzzeitpflege. Eine Erhöhung des beihilfefähigen Höchstbetrages der Verhinderungspflege ist ausgeschlossen, wenn die Verhinderungspflege durch Pflegepersonal sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und die mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben.

(4) Nimmt die pflegebedürftige Person häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, ist daneben eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 beihilfefähig, sofern die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) erbringt. Die Pflegepauschale nach Absatz 2 wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person beihilfefähige Aufwendungen nach Absatz 1 geltend macht. Die hinsichtlich des Verhältnisses der Inanspruchnahme von häuslicher Pflege nach den Absätzen 1 und 2 gegenüber der Pflegeversicherung getroffene Entscheidung ist für die Festsetzungsstelle bindend. Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

(5) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; §§ 6 und 8 Absatz 3 sind hierbei nicht anzuwenden.

(6) Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in ambulant betreuten Wohngruppen, denen Beihilfe nach den Absätzen 1, 2 oder 4 gewährt wird, erhalten monatlich zusätzlich einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205,00 €, wenn die soziale oder private Pflegeversicherung entsprechend anteilige Leistungen erbringt; die Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen.

§ 12b **Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege**

(1) Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nach § 12a nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der oder des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

(2) Beihilfefähig sind im Rahmen der Höchstbeträge nach Satz 3 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. § 12a Absatz 5 gilt entsprechend. Es sind beihilfefähig monatlich

1. für Pflegebedürftige ohne Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz
 - a) der Pflegestufe I bis zu einem Gesamtwert von 468,00 €,
 - b) der Pflegestufe II bis zu einem Gesamtwert von 1.144,00 €,
 - c) der Pflegestufe III bis zu einem Gesamtwert von 1.612,00 €,

2. für Pflegebedürftige mit Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz
 - a) der Pflegestufe 0 bis zu einem Gesamtwert von 231,00 €,
 - b) der Pflegestufe I bis zu einem Gesamtwert von 689,00 €,
 - c) der Pflegestufe II bis zu einem Gesamtwert von 1.298,00 €,
 - d) der Pflegestufe III bis zu einem Gesamtwert von 1.612,00 €.

(3) Aufwendungen für teilstationäre Tages- und Nachtpflege sind neben den Aufwendungen der häuslichen Pflege (Pfleagesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistung) beihilfefähig, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

(4) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch eine teilstationäre Pflege nicht aus, sind die Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung beihilfefähig (Kurzzeitpflege § 42 SGB XI).

(5) Die nach Absatz 4 entstandenen pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind beihilfefähig bis zu dem Gesamtbetrag von 1.612,00 € im Kalenderjahr. § 12a Absatz 5 gilt entsprechend. Werden die beihilfefähigen Höchstbeträge für Verhinderungspflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Kurzzeitpflege um bis zu 1.612,00 € (100 % des Höchstbetrages für Verhinderungspflege) erhöht werden. In diesen Fällen können entsprechende Aufwendungen in Höhe von bis zu 3.224,00 € je Kalenderjahr als beihilfefähig anerkannt werden. Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag der Verhinderungspflege.

(6) Bei pflegebedürftigen Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind die Aufwendungen für Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig. § 12c Absatz 5 Satz 1 gilt insoweit nicht. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionskosten enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, sind 60 % des Entgelts beihilfefähig.

§ 12c Vollstationäre Pflege

(1) Bei der stationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Absatz 2 Satz 2 SGB XI) beihilfefähig. Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

1. 1.064,00 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
2. 1.330,00 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
3. 1.612,00 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,
4. 1.995,00 € für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind.

§ 12a Absatz 5 gilt entsprechend. Wird die oder der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einer Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 SGB XI erbringt, in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit eingestuft, ist das Heimentgelt im Sinne des § 87a Absatz 4 SGB XI bis zu einem Betrag von 1.597,00 € beihilfefähig. Aufwendungen nach Satz 4 können kalenderjährlich nur einmal geltend gemacht werden. Ferner sind Vergütungszuschläge im Sinne des § 87b SGB XI für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf beihilfefähig.

(2) Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens nach Satz 3 übersteigen. Es werden nur Aufwendungen bis insgesamt 1.200,00 € monatlich berücksichtigt. Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der oder des Beihilfeberechtigten und der Ehegattin oder des Ehegatten oder der eingetragenen Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners einschließlich deren oder dessen laufenden Erwerbseinkommens. Der Eigenanteil beträgt

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

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt. § 6 findet keine Anwendung.

(3) Verbleiben unter Berücksichtigung der Beihilfe- und Pflegeversicherungsleistungen ungedeckte Aufwendungen aus der Pflege und der Unterbringung, ist ein gemeinsamer Eigenanteil dieser Aufwendungsarten nach Maßgabe des Absatzes 2 zu berechnen. Die den Eigenanteil überschreitenden Aufwendungen werden zur Sicherstellung der amtsangemessenen Lebensführung als ergänzende Beihilfe gezahlt. § 6 findet keine Anwendung.

(4) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 beihilfefähig, solange die Voraussetzungen entsprechend des § 87a

Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. Die Angemessenheit der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach § 87a Absatz 1 Satz 7 SGB XI.

(5) Aufwendungen für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Absatz 4 SGB XI), sind bis zu einer Höhe von 266,00 € monatlich beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

§ 12d Zusätzliche Betreuungsleistungen

(1) Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege erhalten Beihilfen zu den Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 3.

Dies sind Pflegebedürftige

1. der Pflegestufen I, II oder III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen die Pflegeversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen im Sinne des § 45b SGB XI sind bis zu 104,00 € (Grundbetrag) oder 208,00 € (erhöhter Betrag) monatlich beihilfefähig. Bei pflegebedürftigen Personen, die nicht zusätzlich die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, ist der Grundbetrag beihilfefähig. Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Berechnung der Beihilfe maßgeblich. Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 12 Absatz 8 sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig.

(3) Die Leistung nach Absatz 2 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird der für das jeweilige Kalenderjahr zustehende Jahreshöchstbetrag von der oder dem Pflegebedürftigen nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

(4) Aufwendungen für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote im jeweiligen Kalendermonat sind bis zu 50 % des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 12a Absatz 1 für häusliche Pflege beihilfefähig, wenn dieser noch nicht ausgeschöpft ist. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen bleibt davon unberührt.

(5) Die von vollstationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf mit der jeweiligen Pflegeversicherung vereinbarten und berechneten Vergütungsschläge nach § 87b SGB XI sind neben den Aufwendungen nach § 12b Absatz 6 und § 12c beihilfefähig.

§ 13 Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen

(1) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in einer Familie nicht erbracht werden kann. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39a SGB V, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. Darüber hinaus können Leistungen nach § 12 erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

(2) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind bis zur Höhe der jeweils geltenden Abrechnungspauschale erstattungsfähig, wenn der Leistungserbringer Vertragspartner des zwischen dem Bund und den Spitzenorganisationen der ambulanten Hospizdienste abgeschlossenen Vertrages vom 11. Juni 2015 ist.

§ 14

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

(1) Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. bei Kindern bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
2. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 18. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
3. bei Personen von der Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Hautkrebs-, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit; diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig,
5. bei Personen von der Vollendung des fünfundfünfzigsten Lebensjahres die Aufwendungen für eine Koloskopie; eine zweite Koloskopie ist frühestens nach zehn Jahren beihilfefähig,
6. bei Frauen von der Vollendung des fünfzigsten bis zur Vollendung des siebzigsten Lebensjahres die Aufwendungen zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening; diese Aufwendungen sind alle 22 Monate beihilfefähig.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 1000, 1020, 1040 und 2000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661).

(3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für öffentlich in Schleswig-Holstein empfohlene Schutzimpfungen.

(4) Beihilfefähig sind Aufwendungen für Adipositaschulungen bei berücksichtigungsfähigen Kindern bis zu einem Pauschalbetrag von je 1.000,00 €.

§ 15

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung,
2. entsprechend § 9 Absatz 1 Nummer 1 bis 3, 5, 6, 8 und 9,
3. für die Hebamme und den Entbindungspfleger,
4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einer Krankenanstalt bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen

Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 gepflegt wird; § 9 Absatz 1 Nummer 7 Halbsatz 3 ist anzuwenden,

5. entsprechend § 9 Absatz 1 Nummer 6 für das Kind.

Abschnitt 5

Eigenbeteiligung und Schlussbestimmungen

§ 16 Selbstbehalt

(1) Die errechnete Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem die Aufwendungen entstanden sind (§ 8 Absatz 1), um folgenden Selbstbehalt gekürzt:

Stufe	Besoldungsgruppen	Betrag...
1	A 2 bis A 6	20,00 €
2	A 7 bis A 9	80,00 €
3	A 10 bis A 11	140,00 €
4	A 12 bis A 15, B 1, C 1, C 2, W 1, W 2, R 1	200,00 €
5	A 16, B 2, B 3, C 3, W 3, R 2, R 3	320,00 €
6	B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7	440,00 €
7	Höhere Besoldungsgruppen	560,00 €.

Bei Teilzeitbeschäftigung werden die Beträge im gleichen Verhältnis wie die verminderte Arbeitszeit zur regelmäßigen Arbeitszeit vermindert. Die Selbstbehalte dürfen 1 % des jeweiligen Grundgehalts, bei Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger des jährlichen Ruhegehalts, nicht übersteigen.

(2) Die Beträge nach Absatz 1 reduzieren sich für Hinterbliebene auf 40 %, für Waisen auf 10 %.

(3) Sind berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne des § 3 Absatz 1 Nummer 2 Halbsatz 1 vorhanden, verringert sich der Selbstbehalt für jeden berücksichtigungsfähigen Angehörigen um jeweils 25,00 €. Kinder, die nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 Halbsatz 3 als berücksichtigungsfähige Angehörige gelten, werden bei der Anwendung des Satzes 1 nicht mitgezählt.

(4) Der Mindestselbstbehalt beträgt 50,00 €. Der Mindestselbstbehalt gilt nicht für die Stufe 1 (Besoldungsgruppen A 2 bis A 6).

(5) Anwärterinnen und Anwärter sind von den Selbsthalten befreit. Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§§ 12a bis 12d), Aufwendungen, die durch eine Schädigung durch Dritte entstanden sind, sowie Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen (§ 14) unterliegen nicht dem Selbstbehalt. Im Falle des § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und 3 wird kein Selbstbehalt einbehalten.

(6) Maßgebend sind jeweils die Verhältnisse am 1. Januar des betreffenden Kalenderjahres. Bei Begründung des Beamtenverhältnisses oder bei Versetzung von einem Dienstherrn außerhalb des Geltungsbe-

reichs dieser Verordnung im Laufe des Kalenderjahres ist der Tag, zu dem die Ernennung oder Versetzung erfolgt ist, maßgebend; bei anderen Dienstherren außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung geregelte Selbstbehalte und sonstige Abzugsbeträge bleiben unberücksichtigt.

§ 17

Durchführungsbestimmungen, Ausnahmen

- (1) Die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde erlässt Durchführungsbestimmungen zur Gewährung von Beihilfe nach Maßgabe dieser Verordnung.
- (2) Die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde kann in besonders begründeten Fällen Ausnahmen von den Bestimmungen dieser Verordnung zulassen.
- (3) In den Fällen des Absatzes 2, des § 6 Absatz 4 und § 10 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 tritt für die Beihilfeberechtigten der Gemeinden, der Kreise, der Ämter und der sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften des öffentlichen Rechts ohne Gebietshoheit sowie der rechtsfähigen Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts an die Stelle der für das Beihilferecht zuständigen obersten Landesbehörde die oberste Dienstbehörde.

§ 18

Übergangsregelungen

- (1) Für Aufwendungen aus Verträgen aus häuslicher Pflege (§ 12a Absatz 1) durch geeignete Kräfte, die spätestens seit dem 30. Juli 2010 bestehen, findet § 12 der Beihilfeverordnung in seiner bis zum 29. Juli 2010 geltenden Fassung Anwendung, sofern dies für die Betroffenen günstiger ist.
- (2) Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung, die nach § 95 Absatz 2 des Landesbeamtengesetzes in der bis zum 24. Juni 2004 geltenden Fassung beihilfefähig waren, werden weiterhin abweichend von § 9 Absatz 1 Nummer 6 dieser Verordnung als beihilfefähig anerkannt.
- (3) Für beihilfeberechtigte Personen, die bis zum 30. Juni 2005 freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte versichert waren, gelten § 5 Absatz 4 Nummer 1 (kein Sachleistungsverweis) und § 14 Absatz 4 (Erhöhung des Bemessungssatzes nach Anrechnung der Kassenleistung auf 100 %) der Beihilfevorschriften des Bundes in der bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung weiter. Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 21,00 € monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird.

§ 19

Anlagen

Die Anlagen 1 bis 3 sind Bestandteil dieser Verordnung.

§ 20

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

- (1) Diese Verordnung tritt am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft und tritt mit Ablauf des 22. Dezember 2021 außer Kraft.
- (2) Mit Inkrafttreten dieser Verordnung tritt die Beihilfeverordnung vom 21. Juni 2016 (GVOBl. Schl.-H. S. 260) *) außer Kraft.

Die vorstehende Verordnung wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel, 15. November 2016

Torsten Albig

Monika Heinold

Ministerpräsident

Finanzministerin

Fußnoten

*) GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 2932-1-16

Anlage 1

(zu § 9 Absatz 1 Nummer 1 BhVO)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

- 1 Allgemeines
 - 1.1 Im Rahmen des § 9 Absatz 1 Nummer 1 und Absatz 3 Nummer 2 BhVO sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.
 - 1.2 Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.
 - 1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 4 schließen sich aus.
- 2 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
 - 2.1 Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn
 - die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
 - beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
 - die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.
 - Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.
 - 2.2 Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:
 - psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),

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

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

- 2.3.1 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles

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

- 2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.5 bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. Abweichungen bedürfen der Begründung. Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.
- 2.4. Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.
- 2.5 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886), kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).
- 2.6 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

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

- 2.7 Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die er

eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

- 2.8 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

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

- 2.9 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4, 2.5 oder 2.6, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4, 2.5 oder 2.6, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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

3 Verhaltenstherapie

- 3.1 Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn
- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
 - beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
 - die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

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

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50-minütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100-minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle auf Grund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- seelische Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumata),
- seelische Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen - besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden - erkennen lassen.

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

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

nicht überschreiten.

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

3.4 Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchfüh-

ren, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

- 3.5 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
- 3.6 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
 - in das Arztregister eingetragen sein oder
 - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- 3.7 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4, 3.5 oder 3.6, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4, 3.5 oder 3.6, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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

4 Psychosomatische Grundversorgung

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

- 4.1 Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:
- bei verbaler Intervention als einzige Leistung fünfzehn Sitzungen;
 - bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;
 - bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

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

- 4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten,

Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kinderheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für Urologie durchgeführt wird.

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

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

5 Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heileurythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse craniosacrale und systemische Hypnotherapie, systemische Psychotherapie

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

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

Anlage 2

(zu § 9 Absatz 1 Nummer 1 BhVO)

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

Im Rahmen des § 9 Absatz 1 Nummer 1 und Absatz 3 Nummer 2 sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den folgenden Maßgaben beihilfefähig.

1. Zahntechnische Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nummern 2120 bis 2320, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661), entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik sind zu 60% beihilfefähig.

2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

- die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kieferorthopädische Behandlung erfordern,
- ein Heil- und Kostenplan (für Leistungen nach Nummern 6030-6080 GOZ) vorgelegt wird.

3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

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

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

4. Implantologische Leistungen

1. Aufwendungen für implantologische Maßnahmen sind beim Vorliegen der nachgewiesenen medizinischen Notwendigkeit bis zu zwei Implantate je Kieferhälfte beihilfefähig. Vorhandene, aus öffentlichen Mitteln mitgetragene Implantate sind dabei zu berücksichtigen.
2. Die Suprakonstruktion wird im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte ohne Begrenzung auf die Anzahl der Implantate als beihilfefähig anerkannt.

5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet beihilfefähig. Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselementen, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen, beihilfefähig.

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

6. Wartezeit für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf

Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nummern 2150 bis 2170, 2200 bis 2240 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind für Beamtinnen und 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 die oder der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Absatz 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden.

Anlage 3

(zu § 9 Absatz 1 Nummer 4 BhVO)

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

- 1 Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind - ggf. im Rahmen der Höchstbeträge - beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind:
 - Abduktionslagerungskeil
 - Absauggerät (z.B. bei Kehlkopferkrankung)
 - Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z.B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
 - Alarmgerät für Epileptiker
 - Anatomische Brillenfassung
 - Anti-Varus-Schuh
 - Anus-*praeter*-Versorgungsartikel
 - Anzieh-/Ausziehhilfen
 - Aquamat
 - Armmanschette
 - Armtragegurt/-tuch
 - Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl
 - Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)
 - Aufrichteschlaufe
 - Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)
 - Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen
 - Augenschielklappe, auch als Folie

 - Badestrumpf
 - Bandagen
 - Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk Luxations-Gefahr, Polyarthritits)
 - Badewannenverkürzer
 - Ballspritze
 - Behinderten-Dreirad
 - Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
 - Bettnässer-Weckgerät
 - Beugebandage

Billroth-Batist-Lätzchen

Blasenfistelbandage

Blindenführhund (einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)

Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)

Blindenschriftmaschine

Blindenstock/-langstock/-taststock

Blutlanzette

Blutzuckermessgerät

Bracelet

Bruchband

Closett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)

Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

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

Delta-Gehrad

Drehscheibe, Umsetzhilfen

Druckbeatmungsgerät

Duschsitz/-stuhl

Einlagen (orthopädische)

Einmal-Schutzhose bei Querschnittsgelähmten

Ekzem-Manschette

Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten

Ergometer nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle, jedoch nicht Fahrradergometer

Ernährungssonde

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)

Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)

Fingerling

Fingerschiene

Fixationshilfen

Fonator (Mini)

Gehgipsgalosche

Gehhilfen und -übungsgeräte

Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathische Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)

Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien

Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitro-segerät)

Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)

Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)

Gipsbett, Liegeschale

Glasstäbchen

Gummirose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz

Gummistrümpfe

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze

Handgelenkriemen

Hebekissen

Heimdialysegerät

Helfende Hand, Scherenzange

Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)

Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör

Hörgeräte (HdO, IdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik. Die beihilfefähige Höchstgrenze der Geräte liegt bei 1.100,00 € je Ohr.

Hüftbandage (z.B. Hohmann-Bandage)

Impulsvibrator

Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör

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

Innenschuh, orthopädischer

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

Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen

Ipos-Vorfußentlastungsschuh

Kanülen und Zubehör

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter

Klumpfußschiene

Klumphandschiene

Klyso

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage

Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation

Knöchel- und Gelenkstützen

Körperersatzstücke einschl. Zubehör

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose

Koordinator nach Schielbehandlung

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Krabbler für Spastiker

Krampfaderbinde

Krankenfahrstuhl mit Zubehör

Krankenstock

Kreuzstützbandage

Krücke

Latextrichter bei Querschnittslähmung

Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden

Lesegerät für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lesegeräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich behindertengerechter Mehraufwendungen

Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagengestell)

Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)

Lispelsonde

Mangoldsche Schnürbandage

Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind

Milchpumpe, in Einzelfällen auch elektrisch betrieben

Mundsperrer

Mundstab/-greifstab

Narbenschützer

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u.ä., auch Haltemanschetten usw.

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen

Pavlikbandage

Peroneusschiene, Heidelberger Winkel

Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung

Polarimeter

Quengelschiene

Reflektometer

Rektophor

Rollbrett

Rutschbrett

Schaumstoff-Therapie-Schuh

Schede Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

Segofix-Bandagensystem

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

Skolioseumkrümmungsbandage

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

Sphinkter-Stimulator

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

Spreizfußbandage

Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

Stehübungsgerät

Sprunggelenkmanschette

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

Stubbies

Stumpfschuhhülle

Stumpfstrumpf

Suspensorium

Symphysen-Gürtel

Teleskoprampe

Tinnitus-Masker

Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten

Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)

Tragegurtsitz

Übungsschiene

Urinale

Urostomie-Beutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe

Wechseldruckgerät

Wright-Peak-Flow-Meter

Zuggerät für Krankenfahrstühle, soweit die Kräfte des Nutzers für einen Handbetrieb des Krankenfahrstuhls nicht ausreichend sind

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set

- 2 Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.
- 3 Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.

- 4 Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.
- 5 Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
- 6 Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Ausgenommen ist eine Erstausrüstung.
- 7 Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zur Höhe von 1.000,00 € je Perücke beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z.B. Alopecia areata) eine erhebliche Verunstaltung (z.B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss.
- 8 Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 8 Absatz 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk

Adju-Set/-Sano

Angorawäsche

Aqua-Therapie-Hose

Arbeitsplatte zum Rollstuhl

Augenheizkissen

Autofahrerrückenstütze

Autokindersitz

Autokofferraumlifter

Autolifter

Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte

Basalthermometer

Basisrampe

Bauchgurt

Behindertenstuhl „eibe“

Berkemannsandalen

Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie

Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze

Bett-Tisch

Bidet

Bill-Wanne

Blinden-Schreibsystem

Blinden-Uhr

Blutdruckmessgerät, Ausnahme nach Herzoperationen oder bei dauernder Herz- und Kreislaufbehandlung; die beihilfefähige Höchstgrenze liegt bei 70,00 € je Gerät.

Brückentisch

Corolle-Schuh

Dusche

Einkaufsnetz

Einmal-Handschuhe

Eisbeutel und -kompressen

Elektrische Schreibmaschine

Elektrische Zahnbürste

Elektrofahrzeuge (z.B. LARK, Graf Carello)

Elektro-Luftfilter

Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)

Elektronisches Notizbuch

Ess- und Trinkhilfen

Expander

Farberkennungsgerät

Fieberthermometer

(Funk-)Lichtwecker

Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

Ganter-Aktiv-Schuhe

(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)

Handtrainer

Hängeliege

Hantel (Federhantel)

Hausnotrufsystem

Hautschutzmittel

Heimtrainer

Heizdecke/-kissen
Hilfsgeräte für die Hausarbeit
Holzsandalen
Höhensonne
Hörkissen
Hörkragen Akusta-Coletta
Intraschallgerät „NOVAFON“
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
Ionisierungsgeräte (z.B. Ionisator, Pollimed 100)
Ionopront, Permax-Sauerstoffherzeuger
Katapultsitz
Katzenfell
Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 1 erfasst)
Knickfußstrumpf
Knoche Natur-Bruch-Slip
Kolorimeter
Kommunikationssystem
Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung
Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidecubitusbett)
Krankenunterlagen
Kreislaufgerät „Schiele“
Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
Language-Master
Linguaduc-Schreibmaschine
Luftpolsterschuhe
Luftreinigungsgeräte
Magnetfolie
Monophonator
Munddusche
Nackenheizkissen
Nagelspange Link
Öldispersionsapparat

Orthopädische Bade- und Turnschuhe
Prothesenschuh
Pulsfrequenzmesser
Rotlichtlampe
Rückentrainer
Salbenpinsel
Sauerstoffgeräte
Schlaftherapiegerät
Sicherheitsschuh, orthopädisch
Spezialsitze
Spirometer
Spranzbruchband
Sprossenwand
Sterilisator
Stimmübungssystem für Kehlkopflose
Stockroller
Stockständer
Stützstrümpfe
Stufenbett
SUNTRONIC-System (AS 43)
Taktellgerät
Tamponapplikator
Tandem für Behinderte
Telefonverstärker
Telefonhalter
Therapeutische Wärmesegmente
Therapeutisches Bewegungsgerät
Transit-Rollstuhl
Treppenlift, Monolift, Plattformlift
Tünkers-Butler
Übungsmatte
Umweltkontrollgerät

Urin-Prüfgerät Uromat

Venenkissen

Waage

Wandstandgerät

WC-Sitz

Zahnbürsten

Zahnpflegemittel

Zehenkorrektursandale

Zweirad für Behinderte

9 Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in dieser Anlage aufgeführt noch den aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet die für das Beihilferecht zuständige oberste Landesbehörde.

10 Die Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

10.1 Voraussetzungen für die Beschaffung von Sehhilfen

Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes.

Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers.

10.2 Brillen

Aufwendungen für Brillen sind - einschließlich Handwerksleistungen - bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

für vergütete Gläser mit Gläserstärken

	Einstärkengläser	Mehrstärkengläser
	je Glas	je Glas
Gläser, Dioptrien (dpt.)	Einzelpreis	Einzelpreis
bis +/- 6 dpt.	36,00 €	83,00 €
über +/- 6 dpt.	56,00 €	103,00 €
Zuschlag für Mehrstufen-, Multifokalgläser	0,00 €	20,00 €
Zuschlag bei prismatischer Wirkung	15,00 €	15,00 €

Zuschlag für Kunststoffgläser/Leichtgläser 20,00 € 20,00 €

* ab +/- 6 dpt.

* Anisometropien ab 2 dpt.

* bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres

* Fehlbildung/Missbildung des Gesichts

* Spastiker/Epileptiker

Zuschlag für getönte Gläser 10,00 € 10,00 €

* bei nachgewiesener med. Notwendigkeit

Je Brille sind für eine Fassung 20,00 € beihilfefähig.

10.3 Kontaktlinsen

10.3.1 Die Aufwendungen für Kontaktlinsen sind bei Vorliegen folgender Indikationen bis höchstens 100,00 € pro Linse beihilfefähig:

- Myopie ab 8 dpt.,
- progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf in einem Zeitraum von drei Jahren nachweisbar ist,
- Hyperopie ab 8 dpt.,
- irregulärer Astigmatismus,
- Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt. und Astigmatismus obliquus ab 2 dpt.,
- Keratokonus,
- Aphakie,
- Aniseikonie,
- Anisometropie ab 2 dpt.,
- als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,

- als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,
- druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.

10.3.2 Bei Vorliegen der Voraussetzungen zu Nummer 10.3.1 sind die Aufwendungen für Kurzzeitlinsen (z.B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) bei Vorliegen einer der folgenden zusätzlichen Indikationen bis zu dem unter 10.3.1 genannten Betrag beihilfefähig:

- Progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 dpt. jährlich) nachweisbar ist,
- Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,
- Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- Ektropium,
- Entropium,
- Symblepharon,
- Lidschlussinsuffizienz.

10.3.3 Sofern eine der Indikationen der Nummer 10.3.1, nicht jedoch nach Nummer 10.3.2, vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 150,00 € (sphärisch) und 220,00 € (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.

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

10.3.5 Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind die folgenden Aufwendungen im Rahmen der Nummer 10.2 beihilfefähig für

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

10.4 Andere Sehhilfen

Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitschrift nicht erreichen, können Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselampe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohr Lupenbrille, Prismenlupe u.ä.) als beihilfefähig anerkannt werden. Müssen Schulkinder während des Sportsports eine Sportbrille tragen, sind die Aufwendungen - einschließlich Handwerksleistung - in folgendem Umfang beihilfefähig anerkannt:

- für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach der Nummer 10.2,
- für eine Brillenfassung bis zu 40,00 €.

10.5 Erneute Beschaffung von Sehhilfen

Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind nur beihilfefähig, wenn bei gleich bleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre - bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre - vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe - ggf. nur der Gläser - notwendig ist, weil

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

Die Voraussetzungen sind von einer Augenärztin, einem Augenarzt, einer Optikerin oder einem Optiker zu bescheinigen.

- 10.6 Die Aufwendungen für
- Bildschirmbrillen,
 - Brillenversicherungen,
 - Etui

sind nicht beihilfefähig.

- 11 Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

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

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

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

Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch die Mobilitätstrainerin oder den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls diese oder dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

- 12 Elektronische Lesehilfen für Sehbehinderte und Blinde (geschlossene Systeme oder Softwareprodukte für offene Systeme) sind bis zur Höhe von 3.500 e, ggf. zuzüglich 5.400 e für eine notwendige Braillezeile mit 40 Modulen, beihilferechtlich anzuerkennen.

© juris GmbH