

Amtliche Abkürzung: ThürBhV
Ausfertigungsdatum: 25.05.2012
Gültig ab: 01.07.2012
Dokumenttyp: Verordnung

Quelle:



Fundstelle: GVBl. 2012, 182
Gliederungs-Nr: 2030-2-22

**Thüringer Verordnung über die Gewährung
 von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und sonstigen Fällen
 (Thüringer Beihilfeverordnung - ThürBhV -)
 Vom 25. Mai 2012**

Zum 16.01.2018 aktuellste verfügbare Fassung der Gesamtausgabe

Stand: letzte berücksichtigte Änderung: mehrfach geändert durch Gesetz vom 25. Februar 2016 (GVBl. S. 156)

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur
- § 2 Beihilfeberechtigte Personen
- § 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige
- § 4 Beihilfe nach dem Tod des Beihilfeberechtigten
- § 5 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen
- § 6 Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

Zweiter Abschnitt

Grundsatz der Beihilfefähigkeit

- § 7 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Dritter Abschnitt

Aufwendungen in Krankheitsfällen

- § 8 Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen
- § 9 Allgemeine Abrechnungsgrundlagen für psychotherapeutische Behandlungen
- § 10 Psychosomatische Grundversorgung
- § 11 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- § 12 Verhaltenstherapie
- § 13 Nicht beihilfefähige psychotherapeutische Behandlungsverfahren
- § 14 Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen
- § 15 Kieferorthopädische Leistungen
- § 16 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- § 17 Implantologische Leistungen
- § 18 Arznei- und Verbandmittel
- § 19 Heilmittel
- § 20 Komplextherapien und integrierte Versorgung
- § 21 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke einschließlich Zubehör
- § 22 Häusliche Krankenpflege

- § 23 Soziotherapie
- § 23a Neuropsychologische Therapie
- § 24 Familien- und Haushaltshilfe
- § 25 Fahrtkosten
- § 26 Auswärtige ambulante Behandlungen
- § 27 Krankenhausleistungen

Vierter Abschnitt
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

- § 28 Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen
- § 29 Kuren

Fünfter Abschnitt
Leistungen in Pflegefällen

- § 30 Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
- § 31 Häusliche und teilstationäre Pflege
- § 32 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- § 33 Kurzzeitpflege
- § 34 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- § 35 Vollstationäre Pflege
- § 36 Vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- § 37 Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie ergänzende Leistungen bei häuslicher Pflege
- § 38 Palliativversorgung und Hospizleistungen
- § 39 Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

Sechster Abschnitt
Geburt und sonstige Fälle

- § 40 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
- § 41 Geburt
- § 42 Künstliche Befruchtung
- § 43 Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch
- § 44 Sonstige Leistungen
- § 45 Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

Siebenter Abschnitt
Leistungsumfang und Verfahren

- § 46 Bemessung der Beihilfen
- § 47 Begrenzung der Beihilfen
- § 48 Eigenbehalt
- § 49 Belastungsgrenzen
- § 50 Verfahren

Achter Abschnitt
Übergangs- und Schlussbestimmungen

- § 51 Verwaltungsvorschriften, Ausnahmen
- § 52 Übergangsbestimmungen
- § 53 Gleichstellungsbestimmung
- § 54 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Aufgrund des § 87 Abs. 6 des Thüringer Beamtengesetzes (ThürBG) vom 20. März 2009 (GVBl. S. 238), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. September 2011 (GVBl. S. 233), verordnet das Finanzministerium im Einvernehmen mit dem Innenministerium und mit Zustimmung der für das Beihilfe- und Beamtenrecht zuständigen Ausschüsse des Landtags:

Erster Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

(1) Die Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und sonstigen Fällen nach § 72 ThürBG. Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

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

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigte sind die in § 72 Abs. 1 Satz 2 ThürBG genannten Personen.

(2) Eine Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 bezeichneten Personen besteht nur, wenn und solange sie die in § 72 Abs. 1 Satz 2 ThürBG genannten laufenden Bezüge erhalten. Sie besteht auch, wenn die Bezüge wegen der Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsbestimmungen nicht gezahlt werden.

(3) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter und
2. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes vom 6. April 1979 (BGBl. I S. 413) in der jeweils geltenden Fassung oder des § 27 des Abgeordnetengesetzes in der Fassung vom 21. Februar 1996 (BGBl. I S. 326) in der jeweils geltenden Fassung oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Bestimmungen zustehen.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind die in § 72 Abs. 2 Satz 2 ThürBG genannten Personen. Dies sind

1. der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner des Beihilfeberechtigten, wenn der Gesamtbetrag seiner Einkünfte (§ 2 Abs. 3 und 5a des Einkommensteuergesetzes -EStG-) im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18 000 Euro nicht überstiegen hat, es sei denn, dass dem Ehegatten oder dem eingetragenen Lebenspartner trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden, dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung) oder dass es sich um beihilfefähige Aufwendungen nach § 41 handelt; wird der Höchstbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, ist der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Kalenderjahr berücksichtigungsfähig; der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen; in anderen besonders begründeten Ausnahmefällen findet § 51 Abs. 2 Anwendung,
2. die Kinder des Beihilfeberechtigten, die im kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlags nach dem Thüringer Besoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind.

(2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners sowie

Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und Kinder beihilfeberechtigter Waisen.

2.

§ 4 Beihilfe nach dem Tod des Beihilfeberechtigten

(1) Verstirbt ein Beihilfeberechtigter, geht der Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen, die bis zu seinem Tod entstanden sind, auf den Erben über. Die Beihilfe kann mit befreiender Wirkung an einen von mehreren Erben, an den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartner oder an ein Kind des verstorbenen Beihilfeberechtigten gezahlt werden. Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod des Beihilfeberechtigten.

(2) Wird ein Beihilfeantrag von den in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen innerhalb von sechs Monaten nach dem Tod des Beihilfeberechtigten nicht gestellt, kann die Beihilfe mit befreiender Wirkung auch an andere natürliche oder juristische Personen gezahlt werden, soweit sie durch die Aufwendungen belastet sind und die Festsetzungsstelle die erforderlichen Feststellungen treffen kann.

§ 5 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

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

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,
2. aufgrund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung aufgrund früherer Versorgungsbezüge, bei gleichzeitigem Beginn von zwei Versorgungsbezügen die Beihilfeberechtigung aus dem jüngeren die aus dem älteren Dienstverhältnis,
3. aufgrund eines Versorgungsbezugs aus einem eigenen Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aufgrund eines Bezugs von Witwen- oder Witwergeld

aus.

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

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

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach den in § 2 Abs. 3 Nr. 2 genannten Gesetzen, nach § 80 des Bundesbeamtengesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) in der jeweils geltenden Fassung, gegen das Bundeseisenbahnvermögen oder nach entsprechenden kirchenrechtlichen Bestimmungen gleich.

(5) Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften liegt vor, wenn ein Anspruch auf Beihilfen aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Bestimmungen dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbaren Bestimmung besteht. Keine im Wesentlichen vergleichbare Bestimmung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(6) Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für seine Aufwendungen nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, der den entsprechenden Anteil des Familienzuschlags oder vergleichbarer Vergütungsbestandteile erhält oder den die Beihilfeberechtigten in einer gemeinsamen Erklärung bestimmt haben. Ist im Beihilferecht des Bundes oder eines Landes eine feste Zuordnung von Kindern vorgesehen, gilt das Wahlrecht

nach Satz 1 als ausgeübt.

§ 6

Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

(1) Bei den Leistungen, die nach § 72 Abs. 5 Satz 2 ThürBG zu berücksichtigen sind, handelt es sich um Leistungsansprüche, die auf Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen beruhen. Sie sind in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen nach Maßgabe der §§ 14 bis 17 ist der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung anzurechnen. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so 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 v. H. als zustehende Leistung anzusetzen. Die Sätze 1 bis 5 gelten auch, soweit Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21) in der jeweils geltenden Fassung, oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen,
2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden und
3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. insoweit, als Schadenersatz von Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind; abweichend hiervon sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 47 ThürBG zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt und
2. von Beamten, denen nach § 60 Abs. 2 des Thüringer Besoldungsgesetzes (ThürBesG) Heilfürsorge zusteht.

Zweiter Abschnitt

Grundsatz der Beihilfefähigkeit

§ 7

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

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

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

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

1. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210),

- der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316),
- 2.
3. der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818)

jeweils in der jeweils geltenden Fassung. Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOÄ sowie § 2 Abs. 1 GOZ erbracht werden, sind grundsätzlich nur nach den Vorgaben des Satzes 3 beihilfefähig. Die Aufwendungen für die Leistungen eines Heilpraktikers sind nach Maßgabe der Anlage 1 beihilfefähig. Die Angemessenheit der Aufwendungen nach § 41 Nr. 4 richtet sich nach der jeweiligen Verordnung über die Gebühren für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung des Landes, in dem die Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige ihren Wohn- oder Aufenthaltsort hat. Über die Angemessenheit und Notwendigkeit der Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle.

(2) *(aufgehoben)*

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

(4) Abweichend von Absatz 1 kann die Angemessenheit und Notwendigkeit von Leistungen auch auf der Basis von Verträgen und Vereinbarungen bewertet werden. Die Dienstherren, im Bereich des Landes das für das Beihilferecht zuständige Ministerium, können hierzu mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlichen Krankenfürsorge liegt. Dabei können auch feste Preise vereinbart werden, die unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die entsprechenden Landesverbände oder privaten Krankenversicherungsunternehmen Verträge im Sinne des Satzes 2 mit Leistungserbringern geschlossen haben, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze ebenfalls der Beihilfefestsetzung zugrunde gelegt werden.

(5) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung. Als nahe Angehörige gelten Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Bestimmungen beihilfefähig.

(6) Nicht beihilfefähig sind aufgrund anderer gesetzlicher Regelungen vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel, Selbstbehalte nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 4 SGB V gewählt wird sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V. Werden die Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht nachgewiesen, gelten 15 v. H. der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

(7) Nicht beihilfefähig sind Sach- und Dienstleistungen, die nach § 2 Abs. 2 SGB V erbracht werden. Als Sach- und Dienstleistung nach § 2 Abs. 2 SGB V gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung sowie die Kostenerstattung nach § 13 SGB V bei Pflichtversicherten nach § 5 SGB V einschließlich deren familienversicherten Angehörigen. 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

1. die über die Festbeträge hinausgehenden Beträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und

2. Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Versicherte die mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen haben; dies gilt auch, wenn Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden; ausgenommen sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus.

(8) Die Absätze 6 und 7 gelten nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet worden sind.

(9) Nicht beihilfefähig sind die in § 72 Abs. 3 Satz 2 ThürBG genannten Aufwendungen; hierzu zählen auch Aufwendungen für den Besuch von Werkstätten für behinderte Menschen.

(10) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ, nach den Sätzen 2 bis 4 der Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte oder nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ erbracht wurden. Gleiches gilt für Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden.

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

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

Dritter Abschnitt

Aufwendungen in Krankheitsfällen

§ 8

Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen

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

1. ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen,
2. ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach Teil I Abschnitt B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nach Maßgabe der §§ 9 bis 13,
3. zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen nach Maßgabe der §§ 14 bis 17.

(2) Für Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 mit Ausnahme der Aufwendungen für prothetische Leistungen, Inlays, Zahnkronen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen und die hierauf entfallenden Auslagen, Material- und Laborkosten beihilfefähig. Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn der Beihilfeberechtigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

§ 9

Allgemeine Abrechnungsgrundlagen für psychotherapeutische Behandlungen

(1) Zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 10), der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 11) sowie der Verhaltenstherapien (§ 12). Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte

und analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen (depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen, Dysthymie),
2. Angst- und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen,
9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Eine Psychotherapie kann neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

1. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht wird,
2. psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch Opiode und gleichzeitiger stabiler substituionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchfreiheit,
3. seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
4. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,
5. schizophrene und affektive psychotische Störungen.

Die Leistungen müssen von einem Arzt oder Therapeuten nach Anlage 2 erbracht werden. Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(2) Die Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren nach Teil I Abschnitt B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte gehören, sind beihilfefähig, wenn

1. die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Krankheiten nach Absatz 1 dient, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie bis zu acht probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und

- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
3. aufgrund eines auf einem pseudonymisierten Bericht des Therapeuten beruhenden vertrauensärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Dies gilt auch für die Verlängerung bewilligter Therapien. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt. Das Gutachten nach Satz 1 Nr. 3 ist von der Festsetzungsstelle bei einem Gutachter einzuholen, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Ersatzkassen e.V. bestellt worden ist.

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

(4) Unter folgenden Voraussetzungen sind die Aufwendungen für die nachstehenden Verfahren, Methoden und Techniken beihilfefähig:

1. katathymes Bilderleben nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzeptes,
2. Rational Emotive Therapie nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes,
3. Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing bei Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie

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

(6) Die Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(7) Nicht beihilfefähig sind

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

§ 10

Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die beihilfefähige psychosomatische Grundversorgung umfasst:

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte oder
2. übende und suggestive Interventionen nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

(2) Beihilfefähig sind je Krankheitsfall

1. bei verbaler Intervention als einzige Leistung bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
2. bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich, sowie
3. Hypnose als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen.

Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 dürfen nicht in derselben Sitzung mit Leistungen nach Satz 1 Nr. 2 und 3 kombiniert werden. Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

§ 11**Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**

(1) Die Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Erwachsenen

	Einzelbe- handlung	Gruppenbe- handlung
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens 20 weitere Sitzungen	höchstens 20 weitere Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Erwachsenen

	Einzelbe- handlung	Gruppenbe- handlung
Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals 80 weitere Sitzungen	nochmals 40 weitere Sitzungen
wird das Behandlungsziel	begrenzte Behandlungsdauer	begrenzte Behandlungsdauer

nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	von bis zu 60 weiteren Sitzungen	von bis zu 30 weiteren Sitzungen
--	----------------------------------	----------------------------------

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern

	Einzelbe- handlung	Gruppenbe- handlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals 30 weitere Sitzungen	nochmals 30 weitere Sitzungen

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen

	Einzelbe- handlung	Gruppenbe- handlung
Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals 40 weitere Sitzungen	nochmals 30 weitere Sitzungen

In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten belegte notwendige Behandlung für eine über die in Satz 1 Nr. 3 und 4 zugelassene Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkannt werden.

(2) Bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres können Bezugspersonen einbezogen werden. Bei Einzelbehandlungen soll die vorgesehene und vom Gutachter befürwortete Stundenzahl einer Einbeziehung einer Bezugsperson ein Verhältnis eins zu vier zur Stundenzahl des Patienten nicht überschreiten; sie werden der Stundenzahl für die Behandlung des Patienten hinzugerechnet. Ist eine höhere Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugsperson therapeutisch geboten, reduziert sich die Stundenzahl für die Behandlung des Patienten entsprechend. Bei Gruppenbehandlungen darf die vorgesehene und vom Gutachter befürwortete Stundenzahl einer Einbeziehung ein Verhältnis von eins zu zwei zur Stundenzahl des Patienten nicht überschreiten; Satz 2 Halbsatz 2 gilt entsprechend.

(3) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien aufgrund eines besonders begründeten Erstantrags durchgeführt werden.

§ 12 Verhaltenstherapie

(1) Die Aufwendungen für Verhaltenstherapien nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bei Erwachsenen

	Einzelbe- handlung	Gruppenbe- handlung
Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere 15 Sitzungen	weitere 15 Sitzungen
nur in besonders begründeten Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

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

	Einzelbe- handlung	Gruppenbe- handlung
Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Stundenzahl erreicht	weitere 15 Sitzungen	weitere 15 Sitzungen
nur in besonders begründeten Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

(1a) Der Beihilfefähigkeit steht es nicht entgegen, wenn bei Verhaltenstherapien von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden. § 11 Abs. 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung eines der in der Anlage 2 genannten Therapeuten vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonderen Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hierüber unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.

§ 13 Nicht beihilfefähige psychotherapeutische Behandlungsverfahren

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. eine Familientherapie,
2. die funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,
3. eine Gesprächspsychotherapie (beispielsweise nach Rogers),
4. eine Gestalttherapie,
5. eine körperbezogene Therapie,
6. eine konzentrierte Bewegungstherapie,
7. eine Logotherapie,
8. eine Musiktherapie,
9. eine Heileurhythmie,
10. ein Psychodrama,
11. ein respiratorisches Biofeedback oder
12. eine Transaktionsanalyse.

Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung (beispielsweise zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig. Entsprechendes gilt für Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung, für heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

§ 14

Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nr. 2150 bis 2320 und den Abschnitten F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ sowie die nach § 4 Abs. 3 GOZ gesondert zu berechnenden Praxiskosten sind zu 40 v. H. beihilfefähig. Dies gilt nicht bei den in § 17 Satz 1 genannten Indikationen.

§ 15

Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn vor Behandlungsbeginn

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

§ 16

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische

Leistungen

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind nur beihilfefähig bei Vorliegen mindestens einer der folgenden Indikationen:

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien, craniomandibuläre Dysfunktionen, myofasciales Schmerzsyndrom),
2. im Zusammenhang mit der Behandlung von Zahnfleischerkrankungen (Parodontopathien),
3. umfangreiche Gebissanierungen,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen (einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen),
5. im Zusammenhang mit der Behandlung von Aufbisschienen mit adjustierter Oberfläche nach den Nummern 7010 und 7020 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Eine umfangreiche Gebissanierung liegt nur vor, wenn insgesamt mindestens acht Seitenzähne mit Inlays oder Kronen sanierungsbedürftig sind oder fehlen. Außerdem ist der erhobene Befund mit der nach Nummer 8000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Dokumentation zu belegen.

§ 17 Implantologische Leistungen

Die Aufwendungen für implantologische Leistungen sind nur beihilfefähig bei

1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
 - a) Tumoroperationen,
 - b) Entzündungen des Kiefers,
 - c) Operationen infolge großer Zysten, zum Beispiel großer folikulärer Zysten oder Keratozysten,
 - d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalten, ektodermalen Dysplasien oder
 - f) Unfällen,
2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
3. generalisierter Nichtanlage von Zähnen oder
4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (beispielsweise Spastiken).

Liegt keiner der in Satz 1 genannten Fälle vor, sind die Aufwendungen für mehr als zwei Implantate je Kieferhälfte, einschließlich vorhandener Implantate, zu deren Aufwendungen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, von der

Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Dabei sind die Gesamtaufwendungen der implantologischen Versorgung entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nichtbeihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern. Unabhängig von den Sätzen 2 und 3 sind die Aufwendungen für Suprakonstruktionen im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte beihilfefähig. Das Vorliegen der in Satz 1 genannten Voraussetzungen ist vor Beginn der Behandlung durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten, das der Festsetzungsstelle vorzulegen ist, nachzuweisen.

§ 18 Arznei- und Verbandmittel

(1) Beihilfefähig sind die aus Anlass einer Krankheit bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen oder Heilpraktikerleistungen nach den §§ 8 bis 17 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten

1. apothekenpflichtigen Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes (AMG) in der Fassung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394) in der jeweils geltenden Fassung,
2. Verbandmittel,
3. Harn- und Blutteststreifen sowie
4. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 bis 3 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146) in der jeweils geltenden Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind.

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

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Mittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, zur Rauchentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen,
2. Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, und
3. Vitaminpräparate, die keine Fertigarzneimittel im Sinne des § 4 Abs. 1 AMG sind.

Im Einzelfall sind die Aufwendungen für Mittel nach Satz 1 Nr. 1 beihilfefähig, wenn diese Mittel nicht zu dem in Satz 1 Nr. 1 genannten Zweck eingesetzt werden, sondern die Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung im Vordergrund steht, die eine Krankheit ist, und

1. es keine anderen Mittel zur Behandlung dieser Krankheit gibt oder
2. die anderen Mittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich nicht als wirksam erwiesen haben.

Das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 2 ist durch eine medizinische Stellungnahme des behandelnden Arztes, die der Beihilfeberechtigte vorzulegen hat, nachzuweisen.

§ 19 Heilmittel

(1) Aus Anlass einer Krankheit sind die ärztlich in Schriftform verordneten Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe nach Maßgabe der Anlage 3 beihilfefähig. Zu den Heilmitteln

gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb von Maßnahmen nach den §§ 28 und 29), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien.

(2) Die nach Absatz 1 in Verbindung mit Anlage 3 beihilfefähigen Heilmittel müssen von einem der folgenden Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe erbracht werden und dem Berufsbild des Leistungserbringers entsprechen:

1. Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
2. Ergotherapeut,
3. Physiotherapeut,
4. Krankengymnast,
5. Logopäde,
6. Masseur,
7. medizinischer Bademeister,
8. Podologe oder
9. medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes.

Aufwendungen für Leistungen nach Anlage 3 Nr. 1 Abschnitt VIII sind auch beihilfefähig, wenn sie von

1. einem staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen oder
2. einem akademischen Sprachtherapeuten, der über eine Zulassung der gesetzlichen Krankenkassen nach § 124 SGB V verfügt,

erbracht werden.

(3) Die Aufwendungen für Heilmittel im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken und behinderten Menschen dienen, sind nur nach folgenden Maßgaben beihilfefähig:

1. Die Behandlung muss durch die in Absatz 2 genannten Personen durchgeführt werden.
2. Art und Umfang der durchgeführten und nachgewiesenen Heilmittel sind bis zu den in der Anlage 3 genannten Höchstbeträgen beihilfefähig; ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilmittel oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.
3. Wird anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig; Platzfreihaltegebühren sind nicht beihilfefähig.

Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder behinderten Menschen dienen, sind beispielsweise Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten.

§ 20 Komplextherapien und integrierte Versorgung

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

(2) Die Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in der Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140b SGB V bestehen.

§ 21

Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke einschließlich Zubehör

(1) Die Aufwendungen für Anschaffung oder Miete der in Anlage 4 Nr. 1 genannten oder vergleichbaren Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch von Gegenständen sind beihilfefähig, wenn sie ärztlich in Schriftform verordnet sind. Festgelegte Höchstbeträge sind dabei zu berücksichtigen. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.

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

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

(4) Die Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind nur in Höhe des 100 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

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

(5a) Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Hörhilfen sind nur beihilfefähig, wenn im laufenden und den drei vergangenen Kalenderjahren keine Beihilfe für Hörhilfen gewährt wurde. Dies gilt nicht, wenn eine erneute Versorgung mit einer Hörhilfe vor Ablauf dieses Zeitraums aufgrund eines ärztlichen Gutachtens wegen einer Verschlechterung der Hörfähigkeit medizinisch erforderlich ist. Ist vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Hörhilfe wegen Verlust oder Unbrauchbarkeit notwendig, sind die Aufwendungen des in Anlage 4 Nr. 1 vorgesehenen Höchstbetrages für Hörhilfen zu 50 v. H. beihilfefähig.

(6) Die Aufwendungen für Sehhilfen sind nach Maßgabe der Anlage 4 Nr. 2 beihilfefähig. Die Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch sind nach Maßgabe der Anlage 4 Nr. 3 beihilfefähig.

(7) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die

1. einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,
2. einen niedrigen Abgabepreis haben,

der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder

- 3.
4. in Anlage 4 Nr. 4 genannt werden.

(8) Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in Anlage 4 aufgeführt noch den dort aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind und deren Anschaffungswert 600 Euro übersteigt, entscheidet die oberste Dienstbehörde, im Bereich des Landes das für das Beihilferecht zuständige Ministerium.

§ 22 Häusliche Krankenpflege

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

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

Beihilfefähig sind die Aufwendungen einer Krankenpflegekraft bis zur Höhe der Kosten von Leistungen, die von den Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37 SGB V gewährt werden.

§ 23 Soziotherapie

Die Aufwendungen für eine Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a SGB V.

§ 23a Neuropsychologische Therapie

(1) Die Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie von Fachärzten für

1. Neurologie,
2. Nervenheilkunde,
3. Psychiatrie,
4. Psychiatrie und Psychotherapie,
5. Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie,
6. Neurochirurgie und

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

7.

zur Behandlung von akut erworbenen Hirnschädigungen und Hirnerkrankungen (hirnorganische Störung), insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, durchgeführt werden. Satz 1 gilt auch bei Behandlungen durch

1. ärztliche Psychotherapeuten,
2. psychologische Psychotherapeuten oder
3. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten,

wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.

(2) Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen anlässlich der Behandlung

1. von ausschließlich angeborenen Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (AD[H]S), oder Intelligenzminderung,
2. von Erkrankungen des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimerstyp,
3. bei schädigenden Ereignissen oder Gehirnerkrankungen mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patienten, die länger als fünf Jahre zurückliegen.

(3) Die Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind im folgenden Umfang beihilfefähig:

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen,
2. Einzelbehandlung, einschließlich gegebenenfalls notwendiger begleitender Behandlungen von Bezugspersonen

	Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten	Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten
Regelfall	60	120
im besonderen Einzelfall zusätzlich	20	40

3. Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

	Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 100 Minuten	Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten
Regelfall	40	80

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist die gesamte Behandlung nach Satz 1 Nr. 2 beihilfefähig.

§ 24 Familien- und Haushaltshilfe

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

1. die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 26 bis 29 und 35) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,
2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann, und
4. die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person, ausgenommen Alleinerziehende, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist.

Die Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 gelten ferner als erfüllt

1. in den ersten 28 Tagen nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung,
2. wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.

Die Aufwendungen im Todesfall der den Haushalt führenden Person (Satz 2 Nr. 1) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig. § 22 Satz 3 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige Angehörige 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 § 22 Satz 3 genannten Personen sind, mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu dem in Satz 1 genannten Höchstbetrag, nicht beihilfefähig.

§ 25 Fahrtkosten

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Fahrten

1. im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, ausgenommen eine Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
2. als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),

4. zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in einer Facharztpraxis, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, bis zu einer Höhe von 200 Euro,
5. zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.

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, sind höchstens 20 Cent je gefahrenen Kilometer beihilfefähig. Bei Fahrten nach Satz 1 Nr. 2 und 3 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

§ 26

Auswärtige ambulante Behandlungen

Die Aufwendungen für Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen sind bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich beihilfefähig. Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich beihilfefähig. Die Sätze 1 und 2 finden bei einer Kur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung.

§ 27

Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind die in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern entstandenen Aufwendungen für

1. vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V,
2. allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412 -1422-) und des § 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) jeweils in der jeweils geltenden Fassung,
3. andere im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen im Rahmen der §§ 8 und 18,
4. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG) und
5. Wahlleistungen in Form
 - a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen (§ 17 KHEntgG, § 16 Satz 2 BPfIV) sowie
 - b) einer gesondert berechneten Unterkunft (§ 17 KHEntgG, § 16 Satz 2 BPfIV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers.

Bei den Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 5 ist nach Anwendung des persönlichen Bemessungssatzes die Eigenbeteiligung je Aufenthaltstag im Krankenhaus abzuziehen. Die Eigenbeteiligung beträgt

1. 25 Euro bei Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 5 Buchst. a und
2. 7,50 Euro bei Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 5 Buchst. b.

(2) In nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkatalogs nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG für die Hauptabteilung unter Zugrundelegung der oberen Korridorgrenze des nach § 10 Abs. 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertes ergibt,
2. in allen anderen Fällen der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, soweit der tägliche Gesamtbetrag folgende Beträge nicht übersteigt:
 - a) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 333,20 Euro,
 - b) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 282,40 Euro,
 - c) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 426,10 Euro,
 - d) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 333,50 Euro.
3. gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen entsprechend Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 Buchst. a,
4. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 5 Buchst. b bis zur Höhe von 1,5 v. H. der oberen Korridorgrenze des Basisfallwertes nach § 10 Abs. 9 KHEntgG,
5. Aufwendungen zur Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste.

Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 sowie Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 sind.

Vierter Abschnitt

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

§ 28

Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in

1. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen,
2. Einrichtungen für Suchtbehandlungen und
3. in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

sind nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig.

(2) Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen sind auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen. Anschlussheilbehandlungen liegen nur vor, wenn sie sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem im zeitlichen Zusammenhang stehen.

(3) Einrichtungen für Suchtbehandlungen sind auf Suchtbehandlungen zur Entwöhnung spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen.

(4) Sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind nur solche, welche die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen (Rehabilitationseinrichtungen).

(5) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach den Absätzen 2 und 3 ist, dass die Maßnahme nach begründeter ärztlicher Bescheinigung nach Art und vorgesehener Dauer notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind. Hierbei darf der die Bescheinigung ausstellende Arzt nicht in einer Rechtsbeziehung zur behandelnden Einrichtung stehen.

(6) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Absatz 4 ist, dass

1. es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung (Absatz 2) handelt und nach einem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung medizinisch notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind,
2. im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren noch keine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 4 oder § 29 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten nach Nummer 1 ist aus medizinischen Gründen die Rehabilitationsmaßnahme in einem kurzen Zeitabstand dringend notwendig, und
3. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat.

Abweichend von Satz 1 ist die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Absatz 4 anzuerkennen, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer solchen Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach der Anerkennung durch die Festsetzungsstelle begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe für die anerkannte Rehabilitationsmaßnahme. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.

(7) Aus Anlass einer stationären Behandlung in Einrichtungen nach den Absätzen 2 bis 4 sind die Aufwendungen für

1. gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19,
2. eine Familien- und Haushaltshilfe nach § 24,
3. Pflege, Unterkunft und Verpflegung bis zum niedrigsten Tagessatz zuzüglich Kurtaxe, in den Fällen des Absatzes 4 begrenzt auf höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
4. den ärztlichen Schlussbericht und
5. die An- und Abreise
 - a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln der niedrigsten Klasse und
 - b) mit privatem Kraftfahrzeug in Höhe von 20 Cent je zurückgelegtem Kilometer; dabei ist die kürzeste üblicherweise zu benutzende Straßenverbindung zwischen der Wohnung und der Einrichtung und zurück maßgebend,

insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,

beihilfefähig. Bei Fahrten mit regelmäßigen Beförderungsmitteln nach Satz 1 Nr. 5 Buchst. a sind die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig. Führen Beihilfeberechtigte oder ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur gleichen Zeit und in derselben Einrichtung eine Maßnahme nach Absatz 1 durch, gelten gemeinsame Fahrten mit einem Kraftfahrzeug als eine Fahrt. Satz 1 Nr. 3 und 5 sowie die Sätze 2 und 3 gelten für Begleitpersonen, wenn die Notwendigkeit der Begleitung behördlich festgestellt ist (Merkzeichen B) oder durch ein medizinisches Gutachten festgestellt ist und die Einrichtung bestätigt, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist. In den Fällen des Satzes 4 ist auch der nachgewiesene Verdienstausfall der Begleitperson beihilfefähig. Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach den Absätzen 2 bis 4, die Leistungen nach Satz 1 Nr. 1, 3 und 4 betreffen, sind nur insoweit beihilfefähig, als sie einer Preisvereinbarung dieser Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger entsprechen; die Beihilfefähigkeit darüber hinausgehender Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 1, 3 und 4 ist ausgeschlossen.

§ 29 Kuren

(1) Die Aufwendungen für

1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,
2. Müttergenesungskuren und Mutter- oder Vater-Kind-Kuren,
3. ambulante Kuren

sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 beihilfefähig.

(2) Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind Heilmittel im Sinne des § 19, die mit Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen nach § 28 Abs. 4 durchgeführt werden und für die die Voraussetzungen für eine Beihilfe nach § 28 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 nicht erfüllt sind.

(3) Müttergenesungskuren und Mutter- oder Vater-Kind-Kuren sind Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach §

41 SGB V als gleichartig anerkannten Einrichtung.

(4) Ambulante Kuren sind Maßnahmen für aktive Bedienstete nach § 72 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 ThürBG zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie Maßnahmen für die übrigen Beihilfeberechtigten und für berücksichtigungsfähige Angehörige bei erheblich beeinträchtigter Gesundheit. Während der Kuren müssen Heilmittel nach § 19 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem im Kurortverzeichnis des für das Beihilferecht zuständigen Ministeriums aufgeführten Kurort angewendet werden. Die Unterkunft muss sich im Kurgebiet befinden und ortsgebunden sein; eine Unterkunft im Wohnwagen, auf Campingplätzen und dergleichen ist nicht ausreichend.

(5) Bei Kuren nach den Absätzen 1 bis 4 sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19,
2. eine Familien- und Haushaltshilfe nach § 24,
3. Fahrtkosten nach § 28 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5,
4. Kosten für die Gepäckbeförderung nach § 28 Abs. 7 Satz 2,
5. die Kurtaxe,
6. den ärztlichen Schlussbericht,
7. eine Begleitperson im Sinne des § 28 Abs. 7 Satz 4 und 5,
8. Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 Euro pro Tag und Person, begrenzt auf eine Dauer von höchstens 21 Tagen (ohne Tage der An- und Abreise).

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

(6) Die Aufwendungen nach Absatz 5 sind nur beihilfefähig, wenn

1. erstmalig eine Wartezeit von insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit nach diesen oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt ist,
2. im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren keine Kur nach den Absätzen 2 bis 4 oder anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach § 28 Abs. 4 durchgeführt und beendet wurde,
3. ambulante ärztliche Behandlungen und Heilmittel außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,
4. die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist; bei aktiven Bediensteten (§ 72 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 ThürBG) ist die medizinische Notwendigkeit durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachzuweisen,
5. die Kur nicht weit überwiegend der Vorsorge dient; Gleiches gilt für Maßnahmen, deren Zweck eine berufliche Rehabilitation ist, wenn medizinisch keine kurmäßigen Maßnahmen mehr erforderlich sind, und
6. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur anerkannt hat.

Abweichend von Satz 1 sind die Aufwendungen nach Absatz 5 für Maßnahmen nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 anzuerkennen, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer solchen Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. Wird die Kur nicht innerhalb von vier Monaten nach der Anerkennung durch die Festsetzungsstelle begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe für die anerkannte Kur. Von der Einhaltung der Fristen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 darf nur abgesehen werden bei schweren chronischen Leiden, wenn nach dem amts- und vertrauensärztlichen Gutachten eine Kur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

Fünfter Abschnitt

Leistungen in Pflegefällen

§ 30

Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

- (1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach den §§ 8 bis 29, 40 und 44 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für pflegebedürftige Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf richtet sich bei häuslicher Pflege nach § 37 und bei stationärer Pflege nach § 35 Abs. 1 Satz 3.
- (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 Maß 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.
- (2a) Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf im Sinne des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) liegt vor, wenn bei pflegebedürftigen Personen in häuslicher Pflege neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15 SGB XI) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies gilt entsprechend für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen (§ 87b SGB XI).
- (3) Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen der §§ 31 bis 37 in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt. § 6 Abs. 1 Satz 2 bis 5 und § 46 sind hierbei nicht anzuwenden. Über den Gesamtwert nach Satz 1 hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des § 31 Abs. 1 beihilfefähig.
- (4) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den Kosten für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI unmittelbar gegenüber dem Träger der Pflegeberatung, wenn
1. für den Beihilfeberechtigten oder einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen
 - a) Beihilfe für Aufwendungen nach den §§ 31 bis 37 gewährt wird oder
 - b) Leistungen der Pflegeversicherung beantragt wurden und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht und
 2. das für das Beihilferecht zuständige Ministerium
 - a) eine Vereinbarung mit diesem Träger der Pflegeberatung geschlossen hat oder
 - b) einer entsprechenden Vereinbarung zwischen diesem Träger der Pflegeberatung und einer anderen für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- oder Landesbehörde beigetreten ist.

Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des für das

Beihilferecht zuständigen Ministeriums bekannt gegeben.

(5) Die durch die Beihilfe zu gewährenden Leistungen in Pflegefällen nach dieser Verordnung werden durch den Ordnungsgeber entsprechend den von der Bundesregierung auf der Grundlage des § 30 SGB XI vorzunehmenden Änderungen angepasst.

§ 31 Häusliche und teilstationäre Pflege

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

1.	in der Stufe I	671 Euro,
2.	in der Stufe II	1 341 Euro,
3.	in der Stufe III	2 012 Euro,
4.	bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand der Stufe III	3 352 Euro.

Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die

1. bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1, § 72 SGB XI),
2. bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI),
3. von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
4. mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI geschlossen haben.

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

1.	in der Stufe I	244 Euro,
2.	in der Stufe II	458 Euro,
3.	in der Stufe III	728 Euro.

Während der Ersatzpflege nach § 32 und der Kurzzeitpflege nach § 33 ist jeweils der vor Beginn der Kurzzeit- oder Ersatzpflege beihilfefähige Pauschalbetrag nach Satz 2 zusätzlich für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr zu 50 v. H. beihilfefähig. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt.

(3) Wird die Pflege teilweise durch Pflegekräfte nach Absatz 1 und durch andere geeignete Personen nach Absatz 2 erbracht, wird die Beihilfe nach den Absätzen 1 und 2 anteilig gewährt. Während der Ersatzpflege nach § 32 und der Kurzzeitpflege nach § 33 ist jeweils der vor

Beginn der Kurzzeit- oder Ersatzpflege beihilfefähige Pauschalbetrag nach Absatz 2 in der nach Satz 1 errechneten Höhe für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr zu 50 v. H. beihilfefähig.

(4) Wird die teilstationäre Pflege in einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung in Kombination mit häuslicher Pflege durch

1. geeignete Pflegekräfte nach Absatz 1,
2. andere geeignete Personen nach Absatz 2 oder
3. geeignete Pflegekräfte und andere geeignete Personen nach Absatz 3 erbracht,

sind die Aufwendungen in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 3 SGB XI sowie des Absatzes 5 beihilfefähig.

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

§ 32

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson nach § 31 Abs. 2 wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind die Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege (§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) im Kalenderjahr bis zu 1 612 Euro beihilfefähig, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

(2) Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind neben der Pauschale nach § 31 Abs. 2 auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, insgesamt begrenzt auf den Betrag nach Absatz 1 beihilfefähig; wird die Ersatzpflege durch diese Person erwerbsmäßig ausgeübt, gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Der beihilfefähige Betrag nach Absatz 1 Satz 1 kann um bis zu 806 Euro aus dem noch nicht in Anspruch genommenen Betrag für die Kurzzeitpflege nach § 33 Abs. 1 Satz 1 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Betrag für die Kurzzeitpflege nach § 33 Abs. 1 Satz 1 angerechnet.

§ 33

Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege nach § 31 Abs. 1 und 2 zeitweise nicht oder nicht in vollem Umfang erbracht werden, so sind die Aufwendungen für vollstationäre Pflege bis zu 1 612 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig. Der beihilfefähige Betrag nach Satz 1 kann um bis zu 1 612 Euro aus dem noch nicht in Anspruch genommenen Betrag für die Verhinderungspflege nach § 32 Abs. 1 Satz 1 auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Betrag für die Ersatzpflege nach § 32 Abs. 1 Satz 1 angerechnet. Erfolgt die Unterbringung vollstationär, liegen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, so sind die für die Pflege anfallenden Kosten bis zum Höchstbetrag nach § 31 Abs. 1 beihilfefähig.

(2) Pflegeaufwendungen für eine Kurzzeitpflege sind in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 36 findet keine Anwendung. Sind in den Aufwendungen für die Einrichtung Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 v. H. der Aufwendungen beihilfefähig.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 sind die Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, beihilfefähig, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

§ 34 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Die Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der pflegebedürftigen Person sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. Die Aufwendungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen der pflegebedürftigen Person sind bis zu 4 000 Euro je Maßnahme beihilfefähig. Leben mehrere pflegebedürftige Personen in einer gemeinsamen Wohnung im Sinne des § 38a SGB XI, gilt Satz 3 mit der Maßgabe, dass der Gesamtbetrag je Maßnahme zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes auf 16 000 Euro begrenzt ist und bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die beteiligten Pflegeversicherungen aufgeteilt wird. Soweit die Pflegeversicherung einmalig einen weiteren Betrag in Höhe von bis zu 2 500 Euro nach § 45e SGB XI gewährt, ist dieser Betrag zusätzlich mit der Maßgabe beihilfefähig, dass der Gesamtbetrag je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt ist und bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die beteiligten Pflegeversicherungen aufgeteilt wird. Die Mitteilung der Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person ist für die Festsetzungsstelle bindend und zunächst abzuwarten.

§ 35 Vollstationäre Pflege

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

1. 1 064 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
2. 1 330 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
3. 1 612 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,
4. 1 995 Euro für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 SGB XI als Härtefall anerkannt sind.

Daneben sind Aufwendungen für Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung entsprechend § 87b SGB XI beihilfefähig.

(2) Der Anerkennungsbetrag, der nach § 87a Abs. 4 SGB XI an Einrichtungen zu zahlen ist, die stationäre Pflegeleistungen im Sinne des § 43 SGB XI erbringen, ist neben den Leistungen nach Absatz 1 beihilfefähig, wenn der Pflegebedürftige nach Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

(3) Zu den Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 Satz 2 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, sowie den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 SGB XI) wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie folgenden monatlichen Eigenanteil des Einkommens übersteigen:

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 nach Anlage 5 des Thüringer Besoldungsgesetzes
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 v. H. des Einkommens,

- mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 v. H. des Einkommens,
- b)
2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
- a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 v. H. des Einkommens,
- b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 v. H. des Einkommens,
3. bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 v. H. des Einkommens.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten nach Satz 1 werden als Beihilfe gezahlt. Einkommen sind die regelmäßigen monatlichen Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. Bei dem Einkommen nach Satz 3 sind die Bruttobeträge maßgebend.

§ 36

Vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Die Aufwendungen für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind nach Art und Umfang des § 43a SGB XI beihilfefähig. § 38 Satz 5 SGB XI ist anzuwenden.

§ 37

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie ergänzende Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege der Pflegestufen I, II oder III sowie Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, und 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, erhalten Beihilfen zu den Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5.

(2) Die Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 1 sind bis zu 104 Euro (Grundbetrag) oder 208 Euro (erhöhter Betrag) monatlich beihilfefähig. Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Berechnung der Beihilfe maßgebend. Die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen auf die der Pflegebedürftige Anspruch hat, können innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres verbraucht werden. Wird der für das jeweilige Kalenderjahr zustehende beihilfefähige Betrag vom Pflegebedürftigen nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das folgende Kalenderjahr übertragen werden. Abweichend von Absatz 1 können entsprechend § 45b Abs. 1a SGB XI auch Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllen, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen hierfür sind auf bis zu 104 Euro monatlich beschränkt. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind neben den Aufwendungen für Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI ohne Anrechnung beihilfefähig.

(3) Bei pflegebedürftigen Personen, die in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung leben, sind pauschal 205 Euro monatlich zusätzlich beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung Leistungen nach § 38a SGB XI erbringt.

(4) Bei Personen nach Absatz 1 ohne eine Pflegestufe gelten

1. § 31 Abs. 1 bis 3 zur häuslichen Pflege mit der Maßgabe, dass monatlich nach § 31 Abs. 1 bis zu 231 Euro und nach § 31 Abs. 2 bis zu 123 Euro beihilfefähig sind, und
2. die §§ 32 bis 34

entsprechend.

(5) Bei pflegebedürftigen Personen nach Absatz 1 erhöht sich der beihilfefähige monatliche Betrag:

1. nach § 31 Abs. 1 in der Stufe I um 18 Euro auf 689 Euro,
2. nach § 31 Abs. 2 in der
 - a) Stufe I um 72 Euro auf 316 Euro und
 - b) Stufe II um 87 Euro auf 545 Euro.

§ 38

Palliativversorgung und Hospizleistungen

(1) Die Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig und ärztlich verordnet ist. Die spezialisierte ambulante Versorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Sie soll die Betreuung in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs ermöglichen. § 37b Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie Abs. 2 und 3 SGB V gilt entsprechend.

(2) Die Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht möglich ist. Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung 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, beihilfefähig. Darüber hinaus können Leistungen nach diesem Abschnitt 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.

§ 39

Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach dem Fünften Abschnitt aufgrund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und 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. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder der Antragsstellung auf Feststellung einer höheren Pflegestufe gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Sechster Abschnitt

Geburt und sonstige Fälle

§ 40 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

(1) Die Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich sind beihilfefähig. Die §§ 20i, 25 und 26 SGB V gelten entsprechend. Daneben sind die in Anlage 5 aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen beihilfefähig.

(2) Die Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kiefergelenkkrankheiten,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4050, 4055 und 4060 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte.

(2a) Die Aufwendungen, die Personen mit einem erblich bedingten erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung entstehen, sind nur nach Maßgabe der Anlage 6 beihilfefähig.

(3) Das für das Beihilferecht zuständige Ministerium kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, die nicht nach anderen Bestimmungen dieser Verordnung beihilfefähig sind, in Verwaltungsvorschriften für diejenigen Fälle ausnahmsweise zulassen, in denen die Gewährung von Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes (BeamtStG) vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010) in der jeweils geltenden Fassung notwendig ist.

(4) Das für das Beihilferecht zuständige Ministerium kann in Einzelfällen einmalig oder laufend über eine Beteiligung an den Kosten für allgemeine, nicht individualisierbare Maßnahmen zur Früherkennung und Vorsorge durch pauschale Zahlungen entscheiden.

§ 41 Geburt

Bei einer Schwangerschaft und aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung,
2. nach den §§ 8 bis 19, 24, 25, 27 und 44 Abs. 1 Nr. 1,
3. für Leistungen, die in von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen im Sinne des § 134a SGB V erbracht werden,
4. für die Hebamme oder den Entbindungspfleger,
5. 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 § 22 gepflegt wird; § 22 Satz 3 gilt entsprechend,
6. nach § 27 für das Kind.

§ 42 Künstliche Befruchtung

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

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

Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Frauen, die das 40. Lebensjahr und Männer, die das 50. Lebensjahr vollendet haben.

(2) Für Maßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen mit den folgenden Maßgaben beihilfefähig:

1. intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzzyklus, gegebenenfalls nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, gegebenenfalls nach Stimulation mit Antiöstrogenen, bis zu acht Versuchen, bei somatischen Ursachen (beispielsweise Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastnose, Dyspareunie), gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion, Subfertilität des Mannes, immunologisch bedingte Sterilität,
2. intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen, bis zu drei Versuchen, bei Subfertilität des Mannes oder immunologisch bedingter Sterilität,
3. In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer), bis zu drei Versuchen, wobei der dritte Versuch nur beihilfefähig ist, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat, bei Zustand nach Tubenamputation, anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarem Tubenverschluss, anders nicht behandelbarem Funktionsverlust (auch bei Endometriose), idiopathischer (unerklärbarer) Sterilität, sofern, einschließlich einer psychologischen Exploration, alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind, Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind oder bei immunologisch bedingter Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,
4. intratubarer Gameten-Transfer (GIFT), bis zu zwei Versuchen, bei anders nicht behandelbarem tubarem Funktionsverlust (auch bei Endometriose), idiopathischer (unerklärbarer) Sterilität, sofern, einschließlich einer psychologischen Exploration, alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind, oder bei Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nummer 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,
5. intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), bis zu drei Versuchen, wobei der dritte Versuch nur beihilfefähig ist, wenn in einem von zwei Behandlungszyklen eine Befruchtung stattgefunden hat, bei männlicher Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens zwölf Wochen, welche unabhängig von der

Gewinnung des Spermas die Grenzwerte gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test), unterschreiten.

Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Ehepartnern erfolgt entsprechend Nummer 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der Fassung vom 14. August 1990 (Bundesarbeitsblatt Nr. 12 vom 30. November 1990) in der jeweils geltenden Fassung.

§ 43 Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

- (1) Die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und die Verordnung empfängnisregelnder Mittel sind beihilfefähig.
- (2) Die Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur beihilfefähig, wenn diese aufgrund einer Krankheit notwendig ist. In diesen Fällen sind die im Einzelfall erforderlichen Leistungen im Rahmen der in den §§ 8 bis 13, 18 und 25 bis 27 bezeichneten Aufwendungen beihilfefähig.
- (3) Aus Anlass eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs sind Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft, die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs sowie für den Schwangerschaftsabbruch die Aufwendungen nach den §§ 8, 18 und 24 bis 27 beihilfefähig.

§ 44 Sonstige Leistungen

- (1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für
 1. Erste Hilfe,
 2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe,
 3. postmortale Organspenden (Vermittlung, Entnahme, Versorgung und Transport des Organs sowie die Organisation für die Bereitstellung des postmortalen Organs zur Transplantation), soweit es sich bei dem Empfänger um Beihilfeberechtigte oder deren berücksichtigungsfähige Angehörige handelt,
 4. einen Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der §§ 8 bis 13, 18, 19 sowie 24 bis 27, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen und der vom Spender nachgewiesene Ausfall von Arbeitseinkünften; dem Arbeitgeber des Spenders wird das nach § 3a des Entgeltfortzahlungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014 -1065-) zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) in der jeweils geltenden Fassung fortgezahlte Entgelt entsprechend dem Bemessungssatz des Empfängers erstattet, wenn er dies beantragt; die Halbsätze 1 und 2 gelten auch für als Spender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Spender nicht in Betracht kommen,
 5. die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einem nicht verwandten Blutstammzellenspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register,
 6. Gebärdensprachdolmetscher oder andere geeignete Kommunikationshilfen bis zu der sich in entsprechender Anwendung der §§ 5 und 6 Abs. 1 sowie des § 9 Abs. 3 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718, 776) in der jeweils geltenden Fassung ergebenden Vergütung, wenn sie aufgrund einer

Hörbehinderung bei der Durchführung von ärztlichen Untersuchungen und der Inanspruchnahme sonstiger beihilfefähiger Leistungen nach dieser Verordnung erforderlich sind,

7. die Überführung der Leiche oder Urne, wenn der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzugs außerhalb des Familienwohnsitzes der verstorbenen Person eingetreten ist.

(2) Erkrankten Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige an Krebs, beteiligt sich die Festsetzungsstelle an den angemessenen personenbezogenen Kosten unmittelbar gegenüber dem jeweiligen klinischen Krebsregister für jede

1. verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor nach § 65c Abs. 4 Satz 2 bis 4 und Abs. 5 Satz 1 SGB V sowie
2. landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister im Sinne des § 65c Abs. 6 Satz 1 SGB V.

§ 45

Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach den §§ 8 bis 28 Abs. 1 Nr. 1 und 2, §§ 30 bis 44 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland am Sitz der Festsetzungsstelle oder dem diesen Ort nächstgelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort entstanden und beihilfefähig gewesen wären (Kostenvergleich). Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Satzes 1 nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt. Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt.

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

1. sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist; die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist; die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nach Maßgabe der Absätze 1 und 3 zulässig,
3. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen oder
4. zur Notfallbehandlung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste.

(3) Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinne des § 28 Abs. 1 Nr. 3 und § 29 Abs. 1 Nr. 1 und 3 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn bei Antritt der Reise

1. bei ambulanten Kuren der Kurort im Kurortverzeichnis Ausland aufgeführt ist,
2. die Voraussetzungen des § 29 vorliegen und
3. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

Die Aufwendungen nach den §§ 8 bis 19 sowie 29 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1, 2, 5, 6 und Satz 2 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Beamten mit Dienststätte im Ausland sowie ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen bestimmen sich nach Anlage 7.

Siebenter Abschnitt

Leistungsumfang und Verfahren

§ 46

Bemessung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe bemisst sich nach den in § 72 Abs. 4 Satz 2 ThürBG genannten personenbezogenen Vomhundertsätzen (Bemessungssatz). Maßgebend ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt der Leistungserbringung.

(2) Der nach § 72 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 2 ThürBG bei mehreren Beihilfeberechtigten nur einmal zu gewährende erhöhte Bemessungssatz von 70 v. H. wird dem Beihilfeberechtigten gewährt, der die entsprechenden Kinderanteile des Familienzuschlags erhält. Eine hiervon abweichende Zuordnung ist nur im Fall einer gemeinsamen anderweitigen Bestimmung durch die Beihilfeberechtigten möglich; bereits vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung getroffene Vereinbarungen gelten fort. Abweichende Bestimmungen nach Satz 2 sollen nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. § 5 Abs. 6 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die die gleichen Leistungsansprüche wie Pflichtversicherte haben, ist der in § 72 Abs. 4 Satz 4 ThürBG genannte Bemessungssatz auf die nach Anrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen anzuwenden.

(4) Für 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 Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 v. H., jedoch höchstens auf 90 v. H., wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V erfüllt.

(5) Abweichend von Absatz 1 beträgt der Bemessungssatz 100 v. H. bei Aufwendungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 7.

(6) Bei Anwendung des Absatzes 1 gelten Aufwendungen

1. nach § 24 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 41 Nr. 1 bis 5 als Aufwendungen der Mutter,

4. nach § 41 Nr. 6 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter.

(7) Die oberste Dienstbehörde, im Bereich des Landes das für das Beihilferecht zuständige Ministerium, kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 BeamStG den Bemessungssatz erhöhen,

1. für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,
2. in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung eines sehr strengen Maßstabs anzunehmen sind; eine Erhöhung in Fällen der §§ 30 bis 38 ist ausgeschlossen.

Die oberste Dienstbehörde, im Bereich des Landes das für das Beihilferecht zuständige Ministerium, kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen.

§ 47 Begrenzung der Beihilfen

(1) Bei Leistungen von dritter Seite im Sinne des § 72 Abs. 5 Satz 1 ThürBG handelt es sich um Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung oder aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen. Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflagegeld-, Pflagerentenzusatz- und Pflagerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen, bleiben unberücksichtigt. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 8 bis 38 und 40 bis 45 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird.

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind, soweit sie berücksichtigt werden, durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Kranken- oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach den §§ 28 bis 38 werden getrennt abgerechnet.

§ 48 Eigenbehalt

(1) Die festgesetzte Beihilfe ist um 4 Euro je verordnetem Arznei-, Verbandmittel, Medizinprodukt und dergleichen nach § 18, jedoch nicht um mehr als die tatsächlich gewährte Beihilfe zu mindern (Eigenbehalt). Für das Entstehen des Eigenbehalts nach Satz 1 ist das Rechnungs- oder Kaufdatum maßgebend.

(2) Die Minderung um den Eigenbehalt nach Absatz 1 Satz 1 unterbleibt

1. bei Aufwendungen für Waisen, für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und für berücksichtigungsfähige Kinder,
2. für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind,
3. bei Aufwendungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
4. bei Arznei-, Verbandmitteln, Medizinprodukten und dergleichen nach § 18, die bei der Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet wurden,
5. bei Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen nach § 40,
6. bei Harn- und Blutteststreifen,

7. bei einem Beihilfeanspruch nach § 68 Abs. 4 ThürBG und § 17 Abs. 1 der Thüringer Urlaubsverordnung vom 30. September 1994 (GVBl. S. 1095) in der jeweils geltenden Fassung während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge und
8. soweit die Summe der Eigenbehalte für die Beihilfeberechtigten und ihre berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner zusammen die Belastungsgrenzen nach § 49 Abs. 1 überschreiten.

§ 49 Belastungsgrenzen

(1) Die Belastungsgrenze beträgt 2 v. H., für chronisch Kranke 1 v. H., der Jahresdienst- oder Jahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen ohne kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag sowie der Jahresrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten. Das Vorliegen einer chronischen Krankheit im Sinne des Satzes 1 ist anhand der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelung in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie) in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. Nr. 18 S. 1343), zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz. Nr. 124 S. 3017), zu beurteilen.

(2) Für das Erreichen der Belastungsgrenze sind nur die Eigenbehalte nach § 48 Abs. 1 maßgebend. Überschreitet die Summe dieser Eigenbehalte für den Beihilfeberechtigten und seinen berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner die jeweils maßgebende Belastungsgrenze nach Absatz 1 Satz 1, sind auf Antrag des Beihilfeberechtigten die Eigenbehalte nach § 48 Abs. 1 für den Rest des Kalenderjahres, in dem die Eigenbehalte nach § 48 Abs. 1 entstanden sind, nicht mehr abzuziehen. Der Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs der Eigenbehalte folgt. Stellt die Festsetzungsstelle fest, dass die Belastungsgrenze überschritten wurde, werden die zu viel einbehaltenen Eigenbehalte erstattet.

(3) Für die Ermittlung der Jahreseinnahmen nach Absatz 1 Satz 1 sind die im Januar des Kalenderjahres, für das die Befreiung von Eigenbehalten nach § 48 Abs. 1 beantragt wird, maßgebenden Bezüge und Renten mit dem Faktor 12 zu vervielfältigen. Abweichend hiervon ist bei einem Beginn der Beihilfeberechtigung während des laufenden Kalenderjahres der Tag der Berufung in das Beamtenverhältnis, im Fall der Hinterbliebenen der Todestag des verstorbenen Beihilfeberechtigten, maßgebend; dies gilt im Fall des § 48 Abs. 2 Nr. 7 entsprechend. Die nach den Sätzen 1 und 2 festgestellten Jahreseinnahmen sind bei verheirateten oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Beihilfeberechtigten um 15 v. H. jeweils für jeden Beihilfeberechtigten gesondert zu mindern. Der nach Satz 3 festgestellte Betrag vermindert sich für jedes berücksichtigungsfähige Kind um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG ergebenden Betrag; ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, erfolgt die Minderung nach Halbsatz 1 bei dem Beihilfeberechtigten, der nach § 5 Abs. 6 zur Geltendmachung der Aufwendungen für Kinder berechtigt ist. Auf der Basis des gegebenenfalls nach den Sätzen 3 und 4 geminderten fiktiven Jahresbetrags wird die individuelle Höchstgrenze von 2 v. H. beziehungsweise 1 v. H. errechnet. Wurden im Jahr des Todes des verstorbenen Beihilfeberechtigten bereits Eigenbehalte nach § 48 Abs. 1 berücksichtigt, werden diese bei der Feststellung des Grenzbetrags nach Absatz 1 Satz 1 dem überlebenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner zugerechnet.

(4) Nach Ablauf des Kalenderjahres wird auf Antrag des Beihilfeberechtigten die Belastungsgrenze nach Absatz 1 Satz 1 neu festgesetzt, wenn im Verlauf des Kalenderjahres

1. der Beihilfeberechtigte in den Ruhestand getreten ist,
2. sich die individuelle Wochenarbeitszeit des Beihilfeberechtigten geändert hat,
3. der Beihilfeberechtigte Elternzeit begonnen hat oder

4. der Beihilfeberechtigte nach § 68 Abs. 1 ThürBG beurlaubt wurde.

Die Neufestsetzung der Belastungsgrenze erfolgt auf der Grundlage der tatsächlichen Jahreseinnahmen des Kalenderjahres, für das die Befreiung von Eigenbehalten nach § 48 Abs. 1 beantragt wird.

§ 50 Verfahren

(1) Beihilfen müssen vom Beihilfeberechtigten schriftlich beantragt werden. Im Bereich des Landes sind für die Beantragung die vom für das Beihilferecht zuständigen Ministerium herausgegebenen Formblätter in der jeweils geltenden Fassung zu verwenden; zulässig sind auch amtliche EDV-Ausdrucke. Satz 1 gilt nicht im Fall des § 30 Abs. 4. In diesem Fall erstattet die Beihilfestelle dem Träger der Pflegeberatung die Kosten direkt. Voraussetzung für die Erstattung nach Satz 4 ist die Übermittlung abrechnungsrelevanter Daten durch den Träger der Pflegeberatung. Die Sätze 3 bis 5 gelten in den Fällen des § 44 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 2 entsprechend.

(2) Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann abweichend von Satz 2 auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15 Euro übersteigen.

(3) Die Beihilfeanträge sind mit Belegen der Festsetzungsstelle vorzulegen; die Vorlage von Zweitschriften oder Rechnungskopien ist ausreichend. Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass ein vorgelegter Beleg unecht oder verfälscht ist, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung des Beihilfeberechtigten bei dem Rechnungsaussteller eine Auskunft über die Echtheit des Beleges einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen. Satz 1 Halbsatz 2 gilt nicht in den Fällen des § 4. Die Sätze 2 und 3 sind in den Fällen des § 4 entsprechend anzuwenden.

(3a) Mit den nach Absatz 3 übersandten Belegen ist entsprechend § 87 Abs. 2 Satz 2 und 3 und Abs. 6 ThürBG zu verfahren. Im Bereich des Landes werden die übersandten Belege im Anschluss an die Versendung des Bescheides zu einem nach Absatz 1 gestellten Antrag grundsätzlich vernichtet. Die Vernichtung der Belege nach Satz 2 unterbleibt in den Fällen des § 4; die Belege sind mit dem Bescheid zurückzusenden.

(4) Über die Notwendigkeit und Angemessenheit von Aufwendungen nach § 7 entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu auf eigene Kosten medizinische Gutachten einholen. Ist für die Erstellung eines Gutachtens die Mitwirkung des Betroffenen nicht erforderlich, sind die nötigen Gesundheitsdaten vor der Übermittlung so zu anonymisieren, dass der Gutachter einen Personenbezug nicht herstellen kann. Ist für die Begutachtung die Mitwirkung des Betroffenen erforderlich, sind § 60 Abs. 1, § 62 und die §§ 65 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.

(5) Die bei der Beihilfearbeitung bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheim zu halten. Sie dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie bekannt gegeben sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Berechtigung oder Verpflichtung zur Offenbarung oder die betroffenen Beihilfeberechtigten oder deren Angehörige sind damit einverstanden.

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

(6a) Die Überweisung der Beihilfe erfolgt im Bereich des Landes auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten. Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe in besonders begründeten Ausnahmefällen, die nur unter Anlegung eines strengen Maßstabes anzunehmen sind, auf Antrag des Beihilfeberechtigten auf ein anderes Konto überweisen. § 4 bleibt unberührt.

(7) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

(8) Ist in den Fällen des § 28 Abs. 6 Satz 1 Nr. 3, § 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 6 oder § 45 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe

nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen werden.

(9) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Aufwendungen nach § 29 Abs. 5 Satz 1 Nr. 8 der Tag der Beendigung der Kur und bei der Gewährung einer Pauschalbeihilfe nach § 31 Abs. 2 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, 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.

(10) Die Festsetzungsstellen setzen die Beihilfen fest und ordnen die Zahlung an.
Festsetzungsstellen sind

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

Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Sie können die Befugnisse auf andere Dienststellen übertragen; die sonstigen Befugnisse der obersten Landesbehörden beim Vollzug dieser Verordnung können auf das für das Beihilferecht zuständige Ministerium übertragen werden.

Achter Abschnitt

Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 51

Verwaltungsvorschriften, Ausnahmen

(1) Das für das Beihilferecht zuständige Ministerium erlässt Verwaltungsvorschriften zur Gewährung von Beihilfen nach Maßgabe dieser Verordnung.

(2) Die oberste Dienstbehörde, im Bereich des Landes das für das Beihilferecht zuständige Ministerium, kann in besonders begründeten Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabs anzunehmen sind, über diese Verordnung hinaus die Gewährung von Beihilfe zulassen.

§ 52

Übergangsbestimmungen

(1) Für Aufwendungen, die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, sind die Beihilfavorschriften in der Fassung vom 1. November 2001 (StAnz. Nr. 50 S. 2644), zuletzt geändert durch Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (StAnz. Nr. 11 S. 703) nach Maßgabe der Thüringer Verordnung über Sonderbestimmungen in der Beihilfe vom 7. November 2006 (GVBl. S. 549) in der bis zum 30. Juni 2012 geltenden Fassung anzuwenden.

(2) Wurde die maßgebende Belastungsgrenze nach § 12 Abs. 2 der in Absatz 1 genannten Beihilfavorschriften bereits vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung erreicht und wird die Befreiung von Eigenbehalten deshalb beantragt, gilt diese Befreiung für den Rest des Kalenderjahres 2012 fort; in diesen Fällen sind die §§ 48 und 49 nicht anzuwenden. In allen übrigen Fällen ist § 49 im Kalenderjahr 2012 mit der Maßgabe anzuwenden, dass die auf der Grundlage des § 12 Abs. 1 Satz 1 der in Absatz 1 genannten Beihilfavorschriften abgezogenen Eigenbehalte in Höhe des sich nach der Anwendung des jeweils maßgebenden Bemessungssatzes ergebenden Betrags und die Eigenbehalte nach § 12 Abs. 1 Satz 2 der in § 129 Abs. 4 ThürBG genannten Beihilfavorschriften bei der Feststellung der Belastungsgrenze nach § 49 berücksichtigt werden.

(3) Abweichend von § 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 sind Kinder des Beihilfeberechtigten auch für die Dauer des Studiums berücksichtigungsfähig, in das sie sich bis zum 31. Dezember 2006 an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben haben. Dies gilt solange die in § 32 Abs. 4 und 5 EStG in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen gegeben sind. Die Sätze 1 und 2 haben keine Auswirkungen auf den Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten.

(4) § 48 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in der bis zum 30. Juni 2013 geltenden Fassung findet für Rechnungen, welche vor dem 1. Juli 2013 erteilt wurden, weiter Anwendung. Das Rechnungsdatum ist maßgebend. Die Eigenbehalte je Rechnungsbeleg, die aufgrund des Satzes 1 entstanden sind, werden bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 49 berücksichtigt.

§ 53

Gleichstellungsbestimmung

Status- und Funktionsbezeichnungen in dieser Verordnung gelten jeweils in männlicher und weiblicher Form.

§ 54

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

(2) Gleichzeitig mit dem Inkrafttreten nach Absatz 1 tritt die Thüringer Verordnung über Sonderbestimmungen in der Beihilfe vom 7. November 2006 (GVBl. S. 549) außer Kraft.

Erfurt, den 25. Mai 2012

Der Finanzminister

W. Voß

Anlage 1

(zu § 7 Abs. 1)

Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen

Nummer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag in Euro
--------	-----------------------	----------------------

Allgemeine Leistungen 1-10

1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50
2a	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	80,00
2b	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie	35,00

Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 2b ist in einer Sitzung nur einmal und innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.

3 Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers 3,00

4 Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung 18,50

Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 4 ist nur als alleinige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Leistung nach den Nummern 1 oder 17.1 beihilfefähig.

5 Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung 9,00

Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.

6 Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit 13,00

7 Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch bei Nacht zwischen 20 und 7 Uhr 18,00

8 Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch sonn- und feiertags 20,00

Anmerkung zu den Nummern 5 bis 8: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach den Nummern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.

9 Hausbesuch einschließlich Beratung

9.1 bei Tag 24,00

9.2 in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt) 26,00

9.3 bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen 29,00

10 Nebengebühren für Hausbesuche

10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag - bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht - bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	8,00
10.5	für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden.	0,20

Anmerkung zu den Nummern 10.1 bis 10.7: Die Wegkilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.

10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.	16,00
------	--	-------

11 Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen

11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten	5,00
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben)	
	a) ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00
	b) schriftliche gutachterliche Äußerung	16,00
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	8,00

12 Chemisch-physikalische Untersuchungen

12.1 Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich 3,00

Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des ph-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht beihilfefähig.

12.2 Harnuntersuchung quantitativ 4,00

Anmerkung: Es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, zum Beispiel Zucker.

12.4 Harnuntersuchung, nur Sediment 4,00

12.7 Blutstatus 10,00

Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 12.7 ist nicht neben einer Leistung nach den Nummern 12.9, 12.10 oder 12.11 beihilfefähig.

12.8 Blutzuckerbestimmung 2,00

12.9 Hämoglobinbestimmung 3,00

12.10 Differenzierung des gefärbten Blutausstriches 6,00

12.11 Zählung der Leuko- und Erythrozyten

a) Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (zum Beispiel MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl 3,00

b) Differenzierung der Leukozyten, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse) 1,00

12.12 Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme

		3,00
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung	6,00

Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.

12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung	7,00
-------	---	------

Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.

13 Sonstige Untersuchungen

13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, zum Beispiel pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach von Bremer, Enderlein.	6,00
------	---	------

Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.

14 Spezielle Untersuchungen

14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes	8,00
------	---	------

Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 ist nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder 4 beihilfefähig. Leistungen nach den Nummern 14.1 und 14.2 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes	8,00
------	--	------

Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 ist nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder 4 beihilfefähig. Die Leistungen nach den Nummern 14.1 und 14.2 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,00
------	---------------------------------	------

14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00
------	---	-------

14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00
------	---	------

14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen	8,00

Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.9 ist nicht neben einer Leistung nach den Nummern 1 oder 4 beihilfefähig.

14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessungen	9,00
-------	---	------

17 Neurologische Untersuchungen

17.1	Neurologische Untersuchung	21,00
------	----------------------------	-------

Spezielle Behandlungen 18-23

20 Atemtherapie, Massagen

20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00
20.2	Nervenzpunktmassage zum Beispiel nach Cornelius, Aurelius, Spezialnervenzpunktmassage	6,00
20.3	Bindegewebsmassage	6,00
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00
20.5	Großmassage	6,00
20.6	Sondermassagen:	
	a) Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00

	b) Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00
	c) Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00
21	Akupunktur	
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00
22	Inhalationen	
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00
	Blutentnahmen - Injektionen - Infusionen - Hautableitungsverfahren 24-30	
24	Eigenblut, Eigenharn	
24.1	Eigenblutinjektion	11,00
25	Injektionen, Infusionen	
25.1	Injektion, subkutan	5,00
25.2	Injektion, intramuskulär	5,00
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	7,00
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung	7,00

25.5	Injektion, intraartikulär	11,50
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	11,50
25.7	Infusion	8,00

Anmerkung: Die Aufwendungen für die bei der Infusion eingebrachten Arzneimittel sind nach Maßgabe des § 18 beihilfefähig, wenn eine Berechnung in entsprechender Anwendung des § 10 GOÄ zulässig wäre.

25.8	Dauertropfinfusion	12,50
------	--------------------	-------

Anmerkung: Die Aufwendungen für die bei der Infusion eingebrachten Arzneimittel sind nach Maßgabe des § 18 beihilfefähig, wenn eine Berechnung in entsprechender Anwendung des § 10 GOÄ zulässig wäre.

26 Blutentnahmen

26.1	Blutentnahme	3,00
26.2	Aderlass	12,00

27 Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren

27.1	Setzen von Blutegeln, gegebenenfalls einschließlich Verband	5,00
27.2	Skarifikation der Haut	4,00
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00
27.5	Schröpfkopfmassage einschließlich Gleitmittel	5,00
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00

27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00
27.12	Biersche Stauung	5,00
28	Infiltrationen	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00
29	Roedersches Verfahren	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00
30	Sonstiges	
30.1	Spülung des Ohres	5,00
31	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00
32	Versorgung einer frischen Wunde	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)	

33.1	Verbände, jedes Mal	5,00
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband	10,00

Anmerkung: Die Aufwendungen für die für den Verband verbrauchten Materialien sind in Höhe der nachweisbaren Kosten beihilfefähig. Art und Menge der verbrauchten Materialien müssen angegeben sein.

34 Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung

34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule	17,00

Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 34.2 ist nur einmal je Sitzung beihilfefähig.

35 Osteopathische Behandlung

35.1	des Unterkiefers	11,00
35.2	des Schultergelenkes und der Wirbelsäule	21,00
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	21,00
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00
35.5	des Daumens	10,00
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00

36 Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen

Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.

36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00
------	--------------------------------------	------

36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00
36.4	Kneippsche Güsse	4,00

37 Elektrische Bäder und Heißluftbäder

Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.

37.1	Teilheißluftbad, zum Beispiel Kopf oder Arm	3,00
37.2	Ganzheißluftbad, zum Beispiel Rumpf oder Beine	5,00
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00

38 Spezialpackungen

Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.

38.1	Fangopackungen	3,00
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Priebnitz- und Schlenzpackungen	3,00

39 Elektro-physikalische Heilmethoden

39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00
------	---	------

39.2	Ganzbestrahlungen	8,00
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, zum Beispiel Jono-Modulator	4,00
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00

Anlage 1a

(zu § 7 Abs. 11)

Beihilfefähigkeit wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Methoden

1 Völliger Ausschluss

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

A

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

- Ayurvedische Behandlungen (z.B. nach Maharishi)

B

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

C

- Chelat-Therapie
- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung
- Cytotoxologische Lebensmitteltests

D

- DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)

E

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

F

- Frischzellentherapie

G

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

H

- Heileurhythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

I

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

K

- Kariesdetektor-Behandlung
- Kinesiologische Behandlung
- Kirlian-Fotografie
- Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur)
- Konduktive Förderung nach Petö, sofern nicht als heilpädagogische Behandlung bereits von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

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

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

- Psycotron-Therapie
- Pulsierende Signaltherapie (PST)

- Pyramidenenergiebestrahlung

R

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

S

- Schwingfeld-Therapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

- Zellmilieu-Therapie

2 Teilweiser Ausschluss

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

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist und die Festsetzungsstelle vor Behandlungsbeginn die Zustimmung erteilt hat. In Zweifelsfällen hat die Festsetzungsstelle eine Bestätigung durch einen Gutachter einzuholen.

- Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT)

Die Aufwendungen sind im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea (z.B. Kalkschulter), der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche) oder des Fasziitis plantaris (Fersensporn). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nr. 1800 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Die Aufwendungen der ESWT in sonstigen Anwendungsbereichen werden vom Teilausschluss nicht erfasst.

- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

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

- Klimakammerbehandlungen

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Arztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

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

- Magnetfeldtherapie

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophen Pseudarthrosen sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn diese in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie im Rahmen einer repetitiven transcraniellen Magnetstimulation bei Depressionen.

- Ozontherapie

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Arztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- Prostata-Hyperthermie-Behandlung

Die Aufwendungen sind nur bei Krebsbehandlung beihilfefähig.

- Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z.B. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nummern 4 bis 6 der Anlage 3 zugeordnet.

- Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

Anlage 2

(zu den §§ 9 und 12)

Psychotherapeutische Behandlungen

1 Psychosomatische Grundversorgung

1.1 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für

- Allgemeinmedizin,
- Augenheilkunde,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Innere Medizin,
- Kinder- und Jugendmedizin,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Neurologie,
- Phoniatrie und Pädaudiologie,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- Urologie

durchgeführt wird.

1.2 Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem

- Arzt,
- Psychologischen Psychotherapeuten oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

durchgeführt wird und diese Person über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Interventionen verfügt.

2 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

2.1 Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Facharzt für einen der folgenden Fachbereiche sein:

- Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
- Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder

„Psychoanalyse“.

Ein Facharzt für

- Psychotherapeutische Medizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie
- ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“

kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. 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 und 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

2.2 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) in der jeweils geltenden Fassung kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).

2.3 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein 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 erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), 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 durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ).

2.4 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 oder analytische Psychotherapie).

2.5 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,

- 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.
- 2.6 Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), 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 durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).
- 2.7 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 einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.1, 2.2 oder 2.3 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 2.1, 2.2 oder 2.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- 2.8 Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt und die Behandlung durch die Festsetzungsstelle im Vorfeld anerkannt wird. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 9 Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen.

3 Verhaltenstherapie

- 3.1 Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
- Psychotherapeutische Medizin,
 - Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
 - Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

- 3.2 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann

Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

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

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

3.4 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 einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3 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 3.1, 3.2 oder 3.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Anlage 3

(zu § 19 Abs. 1)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von ärztlich verordneten Heilmitteln

1 Verzeichnis der beihilfefähigen Höchstbeträge für ärztlich verordnete Heilmittel

Lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchst- betrag in Euro
I. Inhalationen ¹⁾		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70

- | | | |
|------|---------------------------------|-------|
| 3 a) | Radon-Inhalation im Stollen | 11,30 |
| b) | Radon-Inhalation mittels Hauben | 13,80 |

II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen

- | | | |
|-------|---|-------|
| 4 | Krankengymnastische Behandlung ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage - | 19,50 |
| 5 | Krankengymnastische Behandlung ²⁾ ³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 23,10 |
| 6 | Krankengymnastische Behandlung ²⁾ ⁵⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 34,30 |
| 7 | Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer | 6,20 |
| 8 | Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 10,80 |
| 9 a) | Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 34,30 |
| b) | Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 10,80 |
| 10 | Bewegungsübungen ²⁾ | 7,70 |
| 11 a) | Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im | |

	Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ⁶⁾ , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik ⁷⁾ - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,40
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie ¹⁰⁾ ¹¹⁾ , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT) ¹²⁾ je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
16	Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70

III. Massagen

18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) ²⁾	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾	
	a) Teilbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Großbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20

c)	Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	39,00
d)	Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	8,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,10

IV. Packungen, Hydrotherapie; Bäder

21	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	10,30
22 a)	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	Teilpackung	20,50
	Großpackung	28,20
b)	Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,90
c)	Kaltpackung (Teilpackung)	
	- Anwendung von Lehm, Quark o. Ä.	7,70

-	Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
d)	Heublumensack, Peloidkomresse	9,20
e)	Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	4,60
f)	Trockenpackung	3,10
23 a)	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
b)	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
c)	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24 a)	An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30
b)	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	20,00
25 a)	Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
b)	Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
26	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00
27 a)	Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80

b)	Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	39,90
28	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
a)	Teilbad	28,70
b)	Vollbad	32,80
29	Sole-Photo-Therapie	
	Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo- Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B- Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
a)	Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
b)	Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
c)	Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
d)	Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31	Gashaltige Bäder	
a)	Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,50
b)	Gashaltiges Bad mit Zusatz- einschließlich der erforderlichen	

Nachruhe -	22,50
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad)- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	21,00
d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10

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

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

V. Kälte- und Wärmebehandlung

32 a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70
33 Eisteilbad	9,80
34 Heißluftbehandlung ⁹⁾ oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70

VI. Elektrotherapie

35 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
--	------

36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diodynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39	Iontophorese	6,20
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,00

VII. Lichttherapie

42	Behandlung mit Ultraviolettlicht ⁹⁾	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43	a) Reizbehandlung ⁹⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung ⁹⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

VIII. Logopädie

46 a)	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechung, einmal je Behandlungsfall	31,70
b)	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
c)	Ausführlicher Bericht	11,80
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
a)	Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
b)	Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
c)	Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
a)	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
b)	Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40

IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)

49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50	Einzelbehandlung	

a)	bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
b)	bei sensorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
c)	bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung	
a)	Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
b)	bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70

X. Podologische Therapie ¹³⁾

53	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
54	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
55	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
56	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
57	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10

58	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
59	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
60	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 59 abrechenbar); je Person	3,50

XI. Sonstiges

61	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
62	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	

Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 61 und 62 nur anteilig je Patient beihilfefähig.

2 Voraussetzungen der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für bestimmte Heilmittel

2.1 Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

2.1.1 Die Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) nach lfd. Nr. 14 des Verzeichnisses unter Nummer 1 sind nur aufgrund einer Verordnung von Krankenhausärzten, Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - a) frischem nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und/oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - c) instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und/oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik,
 - d) lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb,
2. Operation am Skelettsystem

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

2.1.2 Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder eines bei dieser Einrichtung beschäftigten Arztes reicht nicht aus.

2.1.3 Nach Abschluss der EAP ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen. Die durchgeführten Leistungen sind durch die Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen. Die unter 2.1.4 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach lfd. Nr. 14 des Verzeichnisses unter Nummer 1 abgegolten.

2.1.4 Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- a) krankengymnastische Einzeltherapie,
- b) physikalische Therapie nach Bedarf und
- c) medizinisches Aufbautraining

sowie bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

- d) Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage,
- e) Isokinetik,
- f) Unterwassermassage.

2.2. Medizinisches Aufbautraining (MAT) / Medizinisches Trainingstherapie (MTT)

Die Aufwendungen für ein Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule nach lfd.Nr. 15 des Verzeichnisses unter Nummer 1 sind beihilfefähig, wenn

- a) das MAT von Krankenhausärzten, Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
- b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung und
- c) Durchführung jeder einzelnen therapeutischen Sitzung unter ärztlicher Aufsicht; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt.

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

2.3 Rehabilitationssport und Funktionstraining

Die Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining, die als ergänzende Leistung im Sinne des § 43 SGB V nach der geltenden Rahmenvereinbarung vom 1. Oktober 2003 in der Fassung vom 1. Januar 2007 in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung erbracht werden, sind bis zu 6,20 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.

2.4 Die Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Fußnoten

- 1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
- 2) Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- 3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z.B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.
- 4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise und Ähnlichem sowie Erfahrungen

in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.

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

Anlage 4

(zu § 21)

Beihilfefähigkeit von ärztlich verordneten Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücken einschließlich Zubehör

1 Beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke einschließlich Zubehör

Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind, gegebenenfalls im Rahmen der Höchstbeträge, beihilfefähig, wenn sie von einem Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind:

A

Abduktionslagerungskeil,

Absauggerät (z.B. bei Kehlkopferkrankung),

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

Alarmgerät für Epileptiker,

Anatomische Brillenfassung,

Anus-*praeter*-Versorgungsartikel,

Anzieh-/Ausziehhilfen,

Aquamat,

Armmanschette,

Armtragegurt/-tuch,

Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer/-stuhl,
Atemtherapiegeräte,
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung),
Auffahrrampen für Krankenfahrstuhl,
Aufrichteschlaufe,
Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig),
Aufstehgestelle,
Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten),
Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen,
Augenschielklappe, auch als Folie

B

Badestrumpf,
Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits),
Badewannenverkürzer,
Ballspritze,
Behinderten-Dreirad,
Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie,
Bettnässer-Weckgerät,
Beugebandage,
Billroth-Batist-Lätzchen,
Blasenfistelbandage,
Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb),
Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät),
Blindenstock/-langstock/-taststock,
Blutgerinnungsmessgerät (nur bei erforderlicher Dauerantikoagulation, künstlichem Herzklappenersatz)
Blutlanzette,
Blutzuckermessgerät,
Bracelet,
Bruchband

C

Clavicula-Bandage,
Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen),
Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhard- und -software bis zu 3 500

Euro, gegebenenfalls zuzüglich für Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5 400 Euro

D

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

Delta-Gehrad,

Drehscheibe,

Duschsitz/-stuhl

E

Einlagen (orthopädische),

Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten,

Ekzem-Manschette,

Elektro-Stimulationsgerät,

Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten,

Epitrainbandage,

Ernährungssonde

F

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese),

Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner),

Fingerling,

Fingerschiene,

Fixationshilfen,

(Mini) Fonator,

Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)

G

Gehgipsgalosse,

Gehhilfen und -übungsgeräte,

Gehörschutz,

Genutrain-Aktiv-Kniebandage,

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

Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese),

Gilchrist-Bandage,

Gipsbett,

Glasstäbchen,

Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz,

Gummistrümpfe

H

Halskrawatte,

Halsstütze,

Handgelenkriemen,

Hebekissen,

Heidelberger Winkel,

Heimdialysegerät,

Helfende Hand, Scherenzange,

Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor),

Hörgeräte (HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte; schallaufnehmendes Gerät bei teilimplantiertem Knochenleitungs-Hörsystem) einschließlich der Nebenkosten, ab dem vollendeten 15. Lebensjahr begrenzt auf bis zu 1 500 Euro je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung; Mehrkosten sind beihilfefähig, wenn nach einem medizinischen Gutachten (§ 50 Abs. 4) aufgrund einer beidseitigen an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten ansonsten eine ausreichende Versorgung Schwersthöriger nicht zu gewährleisten ist

I

Impulsvibrator,

Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör,

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

Innenschuh, orthopädischer,

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

Ipos-Vorfußentlastungsschuh

K

Kanülen und Zubehör,

Katapultsitz,

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter,

Kieferspreizgerät,

Kinnstütze,

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

Klumpfußschiene,

Klumphandschiene,

Klyso,
Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern,
Kniekappe/-bandage,
Kniepolster/-rutscher bei Unterschenkelamputation,
Knöchel- und Gelenkstützen,
Körperersatzstücke einschließlich Zubehör (bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 Euro und bei Badeanzügen, Bodys oder Korsett für Brustprothesenträgerinnen von 40 Euro zu berücksichtigen),
Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose,
Koordinator nach Schielbehandlung,
Kopfring mit Stab,
Kopfschreiber,
Kopfschützer,
Kopfstütze,
Korrektursicherungsschuh,
Krabbler für Spastiker,
Krampfaderbinde,
Krankenfahrstuhl mit Zubehör,
Krankenpflegebett,
Krankenstock,
Kreuzgelenkbandage,
Kreuzstützbandage,
Krücke

L

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

M

Malleotrain-Bandage,
Mangoldsche Schnürbandage,

Manutrain-Bandage,

Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen:

- Straßenschuhe: Erstausrüstung zwei Paar; Ersatzbeschaffung frühestens in der Regel nach zwei Jahren,
- Hausschuhe: Erstausrüstung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens in der Regel nach zwei Jahren,
- Sportschuhe: Erstausrüstung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens in der Regel nach zwei Jahren,
- Badeschuhe: Erstausrüstung ein Paar; Ersatzbeschaffung frühestens in der Regel nach vier Jahren,
- Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung kein Eigenanteil),

Milchpumpe,

Mundsperrer,

Mundstab/-greifstab

N

Narbenschützer,

Neurodermitis-Overall für Personen, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (zwei pro Jahr und bis zu 80 Euro je Overall)

O

Orthese, (z.B. Korrekturschienen, Korsetts und Ähnliches, auch Haltemanschetten usw.),

Orthesenschuhe (soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen),

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange,

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen bis zu maximal sechs Paar Schuhe pro Jahr,

Orthoprothese

P

Pavlikbandage,

Peak-Flow-Meter,

Penisklemme,

Peroneausschiene,

Perücke ist bis zum Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z.B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z.B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt; die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss; die Aufwendungen für eine erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen

Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat,

Polarimeter,

Psoriasisiskamm

Q

Quengelschiene

R

Reflektometer,

Rektophor,

Rollator,

Rollbrett,

Rutschbrett

S

Schede-Rad,

Scherenzange,

Schrägliegebrett,

Schutzbrille für Blinde,

Schutzhelm für Behinderte,

Schwellstromapparat,

Segofix-Bandagensystem,

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte,

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht,

Skolioseumkrümmungsbandage,

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte),

Spezialschuhe für Diabetiker, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen,

Sphinkter-Plastik,

Sphinkter-Stimulator,

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion,

Spreizfußbandage,

Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz,

Spritzen,

Stabilisationsschuhe zur Erstversorgung bei Sprunggelenkband-Schädigung, Achillessehenschädigung oder Lähmungszuständen, eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen und/oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen,

Stehübungsgerät,

Stomaversorgungsartikel,
Strickleiter,
Stubbies,
Stumpfschuhhülle,
Stumpfstrumpf,
Suspensorium,
Symphysen-Gürtel

T

(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar,
Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung),
Tinnitus-Gerät,
Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten,
Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel),
Tragegurtsitz

U

Übungsschiene,
Umsetzhilfe,
Urinale,
Urostomie-Beutel

V

Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung),
Vibrationstrainer bei Taubheit

W

Wasserfeste Gehhilfe,
Wechseldruckgerät

Z

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2 Sehhilfen

2.1 Die Aufwendungen für Sehhilfen sind beihilfefähig

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach schriftlicher augenärztlicher Verordnung bei
 - a) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0),

- b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1),
- c) gravierender Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
- d) erheblichen Gesichtsfeldausfällen.

Voraussetzung für die Beschaffung einer Sehhilfe ist eine schriftliche augenärztliche Verordnung. Für die Ersatzbeschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig. Im Fall des Satzes 1 Nr. 2 ist stets eine augenärztliche Verordnung erforderlich.

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

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

a) Einstärkengläser:

für das sph. Glas 31 Euro,

für das cyl. Glas 41 Euro,

b) Mehrstärkengläser:

für das sph. Glas 72 Euro,

für das cyl. Glas 92 Euro,

2. bei Gläserstärken über +/- 6 dpt:

zuzüglich je Glas 21 Euro,

3. Dreistufen- oder Multifokalgläser:

zuzüglich je Glas 21 Euro,

4. Gläser mit prismatischer Wirkung:

zuzüglich je Glas 21 Euro

2.3 Neben den Höchstbeträgen nach Nummer 2.2 sind bei folgenden Indikationen die Mehraufwendungen für Kunststoff-, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) je Glas zuzüglich bis zu 21 Euro beihilfefähig:

1. bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,

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

Neben den Höchstbeträgen nach Nummer 2.2 sind bei folgenden Indikationen die Mehraufwendungen für getönte bzw. phototrophe Gläser (Lichtschutzgläser) je Glas bis zu 11 Euro beihilfefähig:

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

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

- 2.4 Die Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmen nach § 33 Abs. 3 SGB V beihilfefähig. Sofern hierbei Aufwendungen für Kurzzeitlinsen geltend gemacht werden, sind diese bis zu 154 Euro (sphärisch) bzw. bis zu 230 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig. Liegen die in Satz 1 genannten Voraussetzungen nicht vor, sind nur die vergleichbaren Kosten nach den Nummern 2.2 und 2.3 beihilfefähig. Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind Aufwendungen im Rahmen der Nummern 2.2 und 2.3 beihilfefähig für

1. eine Reservebrille oder
 2. eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinsen und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie.
- 2.5 Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in den nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V genannten Fällen beihilfefähig.
- 2.6 Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineal, Fernrohrbrille, Fernrohr Lupenbrille, Elektronisches Lesegerät, Prismenbrille u.a.) als beihilfefähig anerkannt werden.
- 2.7 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen einschließlich Handwerksleistung in folgendem Umfang beihilfefähig:
1. für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummer 2.2 und 2.3 (die Voraussetzungen der Nummer 2.3 Satz 1 entfallen),
 2. für eine Brillenfassung bis zu 52 Euro.
- 2.8 Im Übrigen sind Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre, bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre, vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
1. sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
 2. die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
 3. sich die Kopfform geändert hat.
- 2.9 Die Aufwendungen für
1. Sehhilfen, die nur durch eine berufliche Tätigkeit erforderlich werden,
 2. Bildschirmbrillen,
 3. Brillenversicherungen,
 4. Etuis und
 5. Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen
- sind nicht beihilfefähig.
- 3 Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining)
- 3.1 Die Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
1. Anschaffungen zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,

2. Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
- a) Unterrichtsstunde (60 Minuten), einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden
56,43 Euro,
 - b) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im Fünf-Minuten-Takt anteilig berechnet wird
44,87 Euro,
 - c) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels
0,30 Euro,
 - d) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist
26,00 Euro;

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 des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden,

3. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z.B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Nummer 2,
4. Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten; sie können in der Regel bis zu 30 Stunden, gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden; die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.
- 3.2 Sofern die Trainingskraft nicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entstandenen Aufwendungen durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

4 Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

A

Adju-Set/-Sano,

Angorawäsche,

Anti-Allergene-Matratzen und Bettbezüge,

Aqua-Therapie-Hose,
Arbeitsplatte zum Rollstuhl,
Augenheizkissen,
Autofahrerrückenstütze,
Autokindersitz,
Autokofferraumlifter,
Autolifter

B

Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte,
Bandagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt),
Basalthermometer,
Bauchgurt,
Bestrahlungsgeräte/-lampen für ambulante Strahlentherapie,
Bett (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt),
Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze,
Bett-Tisch,
Bidet,
Bildschirmbrille,
Bill-Wanne,
Blinden-Uhr,
Blutdruckmessgerät,
Brückentisch

D

Dusche

E

Einkaufsnetz,
Einmal-Handschuhe mit Ausnahme bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter, bei Querschnittsgelähmten zur Darmentleerung,
Eisbeutel und -kompressen,
Elektrische Schreibmaschine,
Elektrische Zahnbürste,
Elektrofahrzeuge,
Elektro-Luftfilter,
Elektronic-Muscle-Control, (EMC 1000), es sei denn, dass andere Behandlungsmethoden

(z.B. Krankengymnastik) sich nicht als ausreichend für die Aktivierung der atrophischen Muskulatur erweisen),

Elektronisches Notizbuch,

Erektionshilfen,

Ess- und Trinkhilfen,

Expander

F

Farberkennungsgerät,

Fieberthermometer,

Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

G

(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge

H

Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt),

Handtrainer,

Hängeliege,

Hantel (Federhantel),

Hausnotrufsystem,

Hautschutzmittel,

Heimtrainer,

Heizdecke/-kissen,

Hilfsgeräte für die Hausarbeit,

Höhensonne,

Hörkissen,

Hörkragen Akusta-Coletta

I

Intraschallgerät „NOVAFON“,

Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma),

Ionisierungsgeräte (z.B. Ionisator, Pollimed 100),

Ionopront, Permax-Sauerstofferzeuger

K

Katzenfell,

Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 1 erfasst),

Knickfußstrumpf,

Knoche Natur-Bruch-Slip,

Kolorimeter,

Kommunikationssystem,

Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung,

Krankenunterlagen, es sei denn, sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder/und Darminkontinenz im Rahmen einer Decubitusbehandlung oder bei Dermatitis); entsprechendes gilt, wenn neben der Blasen- oder/und Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (z.B. Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegen, dass ohne eines dieser Mittel der Eintritt von Decubitus oder Dermatitis droht; dies gilt auch, wenn dadurch die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wieder ermöglicht wird,

Kreislaufgerät „Schiele“

L

Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil,

Language-Master,

Luftreinigungsgeräte

M

Magnetfolie,

Monolift,

Monophonator,

Munddusche

N

Nackenheizkissen,

Nagelspange Link

O

Öldispersionsapparat

P

Plattformlift,

Pulsfrequenzmesser

R

Rotlichtlampe,

Rückentrainer

S

Salbenpinsel,

Schlaftherapiegerät,

Schuh (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt),

Spezialsitze,

Spirometer,
Spranzbruchband,
Sprossenwand,
Sterilisator,
Stimmübungssystem für Kehlkopflose,
Stockroller,
Stockständer,
Stufenbett,
SUNTRONIC-System (AS 43)

T

Taktellgerät,
Tamponapplikator,
Tandem für Behinderte,
Telefonverstärker,
Telefonhalter,
Therapeutische Wärme-/Kältesegmente,
Treppenlift, Monolift, Plattformlift,
Tünkers Butler

U

Übungsmatte,
Ultraschalltherapiegerät,
Umweltkontrollgerät,
Urin-Prüfgerät Uromat

V

Venenkissen,
Venentrainer

W

Waage,
Wandstandgerät,
WC-Sitz

Z

Zahnpflegemittel,
Zweirad für Behinderte.

Anlage 5

(zu § 40 Abs. 1)

Beihilfefähige Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen nach § 40 Abs. 1 Satz 3

1 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

- 1.1 Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz
- 1.2 Früherkennungsuntersuchungen
 - 1.2.1U 10 bei Personen, die das siebte, aber noch nicht das neunte Lebensjahr vollendet haben
 - 1.2.2U 11 bei Personen, die das neunte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben
 - 1.2.3J 2 bei Personen, die das neunte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben

2 Schutzimpfungen

- 2.1 Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME-)Schutzimpfungen ohne Einschränkungen
- 2.2 Gripeschutzimpfungen ohne Einschränkungen
- 2.3 Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen, die das neunte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben

Anlage 6

(zu § 40 Abs. 2a)

Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko

Die Aufwendungen für die in § 40 Abs. 2a genannten Maßnahmen sind bis zur Höhe der in den Nummern 1 bis 3 genannten Pauschalen beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem in Nummer 5 aufgeführten von der Deutschen Krebshilfe zugelassenen Zentrum durchgeführt wurden.

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

Aufwendungen für eine einmalige Risikofeststellung sind je Familie pauschal bis zur Höhe von 900 Euro beihilfefähig. Diese Pauschale umfasst die interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes. Die Pauschale beinhaltet auch die Beratung weiterer Familienmitglieder. Die Kosten werden der ratsuchenden Person zugeordnet.

2. Genanalyse

Aufwendungen für eine Genanalyse sind

- a) bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) pauschal bis zur Höhe von 5 900 Euro oder
- b) bei einer ratsuchenden gesunden Person, die nur hinsichtlich der mutierten

Gensequenz untersucht wird, pauschal bis zur Höhe von 360 Euro

beihilfefähig.

Die Genanalyse nach Satz 1 Buchst. a wird bei der erkrankten Person durchgeführt, soweit nicht bereits früher eine entsprechende Untersuchung erfolgt ist. Dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest zur Feststellung weitergehender Therapieansätze bei der erkrankten Person und ist dieser zuzurechnen. Können aus der Genanalyse nach Satz 1 Buchst. a keine Therapieoptionen mehr für die bereits erkrankte Person abgeleitet werden oder die erkrankte Person lehnt eine Beratung und Befundmitteilung ab, stimmt jedoch einer Genanalyse ihres Blutes im Hinblick auf einen möglichen Nutzen für die ratsuchende Person zu, wird die Genanalyse nach Satz 1 Buchst. a als so genannter prädiktiver Test zur Feststellung oder Vorhersage einer Erkrankungswahrscheinlichkeit der ratsuchenden gesunden Person zugeordnet. In diesem Fall ist der vorliegende Grund für eine Genanalyse nach Satz 1 Buchst. a von der ratsuchenden gesunden Person durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme nachzuweisen.

3. Strukturiertes Früherkennungsprogramm

Die Aufwendungen für die Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm sind einmal jährlich pauschal bis zur Höhe von 580 Euro beihilfefähig.

4. Präventive Operationen

Die Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Bestandteil der in den Nummern 1 bis 3 genannten Pauschalen.

5. Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs

a) Berlin

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum

b) Dresden

Technische Universität Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

c) Düsseldorf

Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum

d) Göttingen

Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum

e) Hannover

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Zell- und Molekularpathologie

f) Heidelberg

Universität Heidelberg, Institut für Humangenetik

g) Kiel

Universitätsfrauenklinik Kiel

- h) Köln
Universitätsklinikum Köln, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- i) Leipzig
Universität Leipzig, Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- j) München
Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Klinik für Frauenheilkunde
Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Frauenheilkunde - Campus Großhadern
- k) Münster
Universität Münster, Institut für Humangenetik
- l) Regensburg
Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universität Regensburg
- m) Tübingen
Universität Tübingen, Institut für Humangenetik
- n) Ulm
Universität Ulm, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- o) Würzburg
Frauenklinik der Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Genetik im Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

Anlage 7

(zu § 45 Abs. 4)

Sonderregelungen für Beamte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige mit Dienststätte im Ausland

1. Zu § 3 Abs. 1 Satz 2

Zu dem in dieser Bestimmung in Nummer 1 genannten Einkommensbetrag tritt in entsprechender Anwendung des § 49 ThürBesG der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu. Nach Nummer 2 sind berücksichtigungsfähig die nicht selbst beihilfeberechtigten Kinder des Beihilfeberechtigten, für die ein Kinderzuschlag nach § 49 ThürBesG in Verbindung mit den für Bundesbeamte geltenden Bestimmungen für Auslandsbesoldung gezahlt oder nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind bis zum Erreichen der Volljährigkeit sorgeberechtigt ist oder war.

2. Zu § 7 Abs. 1

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich anstelle der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Gebührenordnung für Psychologische

Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren; Entsprechendes gilt für Heilpraktikerleistungen.

3. Zu den §§ 9 bis 12

Bei ambulant durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung ist im Einzelfall unter Beteiligung der von dem für das Beihilferecht zuständigen Ministerium benannten Gutachterpersonen das Vorliegen der jeweiligen Abrechnungsvoraussetzungen zu prüfen.

4. Zu § 14

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

5. Zu § 19

Die Angemessenheit der Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete Heilmittel beurteilt sich anstelle der Anlage 3 unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 v. H. der Kosten, die die nach dieser Bestimmung maßgeblichen Höchstsätze der Anlage 3 übersteigen, höchstens jedoch um 10 Euro. Satz 2 ist bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nicht anzuwenden.

6. Zu § 21

Zu den für diese Bestimmung maßgebenden Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung des § 49 ThürBesG der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu, wenn die Aufwendungen in Fremdwährung entstanden sind.

7. Zu § 24

Bei einer notwendigen ambulanten ärztlichen Behandlung des den Haushalt allein führenden Elternteils außerhalb des Gastlandes findet die Bestimmung entsprechende Anwendung, wenn mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und die auswärtige Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert. Werden in diesen Fällen Kinder unter vier Jahren mitgenommen, sind die notwendigen Beförderungskosten beihilfefähig. Wird die Weiterführung des Haushalts von einer der in § 22 Satz 3 genannten Person übernommen, so sind die Fahrtkosten bis zur Höhe der Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung des § 49 ThürBesG der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

8. Zu § 25

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

9. Zu § 26

Die Bestimmung gilt auch bei notwendiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung außerhalb des Gastlandes. Dies gilt auch bei einer außerhalb des Gastlandes erforderlichen stationären Behandlung für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige Begleitperson. Zum Höchstbetrag tritt in entsprechender Anwendung des § 49 ThürBesG der für den Behandlungsort jeweils geltende

Kaufkraftausgleich hinzu.

10. Zu § 27

Für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenanstalten sind unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung einem Zweibettzimmer im Inland entspricht, es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Die Eigenbeteiligungen nach § 27 Abs. 1 Satz 3 sind entsprechend zu berücksichtigen.

11. Zu § 28

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer entsprechenden ausländischen Einrichtung hat zur Voraussetzung, dass die Einrichtung amts- oder vertrauensärztlich als zur stationären Behandlung und Pflege im Sinne des § 28 Abs. 2 bis 4 geeignet erklärt und die Behandlung nicht in Verbindung mit einem Inlandsaufenthalt durchgeführt werden kann. Dem Beihilfeantrag sind entsprechende Unterlagen über die stationäre Rehabilitationseinrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme, auf die ein Anspruch aus anderen Sicherungssystemen besteht (§ 72 Abs. 5 Satz 2 ThürBG), im Inland gewährt, so gelten auch die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem inländischen Behandlungsort als beihilfefähige Aufwendungen, soweit diese vom Kostenträger nicht erstattet werden. Dies gilt nicht, wenn die Rehabilitationsmaßnahme mit gleicher Erfolgsaussicht auch im Gastland oder in der näheren Umgebung durchgeführt werden kann und die beihilfefähigen Aufwendungen in diesem Fall niedriger sind als die Durchführung der entsprechenden Behandlung im Inland (Kostenvergleich).

12. Zu § 29

Zu den in dieser Bestimmung genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung des § 49 ThürBesG der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

13. Zu § 41 Nr. 5

Ist im Geburtsfall eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet und muss dieser wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden, sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe entsprechend § 24 für die Dauer der ärztlich festgestellten unvermeidbaren Abwesenheit vom Dienstort beihilfefähig. Im Geburtsfall sind die Kosten für Unterkunft am Entbindungsort vor Aufnahme in eine Krankenanstalt entsprechend den Unterkunftsstellen bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen beihilfefähig. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt eines nahen Angehörigen.

14. Zu § 44 Abs. 1 Nr. 7

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

15. Zu § 46 in Verbindung mit § 72 Abs. 4 Satz 1 bis 3 ThürBG

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

- a) für Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort (Nummer 8), soweit diese den Betrag von 153 Euro übersteigen,
- b) für die unter Nummer 14 genannten Fälle der Leichen- und Urnenüberführung.

Zu § 50 Abs. 8

16. Diese Regelung findet auch auf Beförderungskosten zum nächstgelegenen Behandlungsort (Nummer 8) Anwendung.

17. Zu § 50 Abs. 9

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

18. Beihilfefähige, außerhalb des Gastlandes entstehende Aufwendungen

Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, sind nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie bei Behandlung im Gastland oder in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Dies gilt nicht in den Fällen der Nummer 8.

© juris GmbH